Meilleure exécution des programmes

Santé et sports

Rapport du Groupe d'étude au Groupe de travail chargé de l'examen des programmes

PROGRAMMES SUR LA SANTÉ ET LE SPORT

Rapport du Groupe d'étude
au Groupe de travail
chargé de l'examen des
programmes

Novembre 1985

© Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1986

En vente au Canada par l'entremise de nos

agents libraires agréés
et autres librairies

ou par la poste auprès du:

Centre d'édition du gouvernement du Canada
Approvisionnements et Services Canada
Ottawa (Canada) K1A 0S9

N° de catalogue CP32-50/18-1985F au Canada: 16,50 $
ISBN 0-660-91642-8 à l'étranger: 19,80 $

Prix sujet à changement sans préavis

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE i

MANDAT 1

MEMBRES DU GROUPE D'ÉTUDE 8

APERÇU GÉNÉRAL 9

LES PROBLÈMES ACTUELS DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA 19

SECTION 1. Sommaire 19
2. Les problèmes actuels des services de santé au Canada 21
3. Indicateurs du système canadien de services de santé et de l'état de santé des Canadiens 36

L'ÉVOLUTION DES RELATIONS FÉDÉRALES-PROVINCIALES 47

SECTION 1. Introduction 47
2. Une question de choix fondamental 49
3. Mise en oeuvre de l'option recommandée 54

LE FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS 63
Transfert de points fiscaux - Santé

ASSURANCE-SANTÉ 81
Administration de la Loi canadienne sur la santé de 1984

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA 93

APERÇUS ET EXAMENS DES PROGRAMMES 107

PROTECTION DE LA SANTÉ - APERÇU 107
Innocuité, efficacité et qualité des drogues 113
Qualité du milieu et dangers 125

SERVICES DE SANTÉ DES INDIENS ET DES POPULATIONS DU NORD CANADIEN - APERÇU 135
Services de santé des Indiens 139
Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon 155

Contributions aux gouvernements territoriaux à l'égard des régimes hospitalier et médical 171

SERVICES DIRECTS À D'AUTRES CLIENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL - APERÇU **177**
Médecine aéronautique civile 181
Services de quarantaine et de réglementation 189
Services médicaux aux fins d'immigration 195
Santé des fonctionnaires fédéraux 201
Services d'urgence 209
Services de prothèse 221

STATISTIQUES ET DONNÉES SUR LA SANTÉ - APERÇU **227**
Soins de santé 233
État de santé 239
Systèmes d'information 247

CONTRÔLE DE LA SANTÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE **253**

RECHERCHES SUR LA SANTÉ - APERÇU **261**
Conseil de recherches médicales 263
Programme national de recherche et de développement en matière de santé 267

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONDITION PHYSIQUE - APERÇU **273**
Promotion de la santé 275
Condition physique Canada 283

SERVICES DE SANTÉ - APERÇU **293**
Services de santé 295

SPORT - APERÇU **305**
Sport Canada 309
Sports - Relations internationales 321

MESURES FISCALES - APERÇU **325**
Déduction des frais médicaux 327
Achats des hôpitaux 329
Appareils médicaux 333

CONSULTATIONS **335**

PRÉFACE

Créé en septembre 1984, le Groupe de travail ministériel chargé de l'examen des programmes s'est vu confier deux objectifs fondamentaux : améliorer les services fournis au public, et rationaliser la gestion des programmes gouvernementaux. Conscient de la contribution que pourrait apporter le secteur privé à cet examen, le Groupe de travail a fait appel à des organismes nationaux représentant les syndicats, les entreprises, et diverses catégories professionnelles. Leur réponse fut immédiate et généreuse, chacun proposant l'un de ses membres à titre d'expert-conseil. Ces citoyens firent preuve d'un civisme exemplaire en offrant leur collaboration à titre gracieux. C'est ainsi que fut constitué le Comité consultatif du secteur privé, chargé de passer en revue toutes les activités d'examen des programmes.

Chaque examen de programme a été effectué par un Groupe d'étude mixte, comprenant à la fois des spécialistes du secteur privé et du secteur public et notamment des représentants des gouvernements provinciaux et des municipalités. Chaque Groupe d'étude a reçu pour mandat de passer en revue une "famille" de programmes, et ce sont les rapports de ces Groupes qui sont maintenant publiés. Il convient de souligner que les rapports reflètent le consensus des participants, y compris des membres du Comité consultatif du secteur privé, mais que tous leurs éléments n'ont pas nécessairement été approuvés à l'unanimité par les Groupes d'étude ou par le Comité consultatif.

Le travail d'examen qui vient de s'achever est unique dans l'histoire de notre pays. Jamais encore un échantillon aussi vaste de représentants de milieux extra-gouvernementaux n'avait été appelé à scruter d'aussi près les activités de l'État. La publication des travaux des Groupes d'étude mixtes témoigne clairement et publiquement du caractère remarquable de leur contribution à cette tâche particulièrement exigeante.

Les Groupes d'étude ont passé en revue les évaluations existantes et d'autres analyses disponibles, et ont consulté des centaines de personnes et d'organisations. Ils se sont répartis en petits groupes, de façon à pouvoir

prendre contact avec le plus grand nombre possible de personnes intéressées du secteur privé. Ils ont aussi discuté avec des bénéficiaires des programmes, avec des représentants des gouvernements provinciaux et des municipalités, depuis les fonctionnaires jusqu'aux ministres. De fait, vingt fonctionnaires provinciaux, dont trois sous-ministres, ont fait partie des Groupes d'étude.

Les observations et options présentées dans ces rapports émanent des Groupes d'étude. Certaines sont subjectives, ce qui était par ailleurs nécessaire et approprié, étant donné que la phase d'examen devait durer à peine plus d'un an. Chaque Groupe d'étude a eu trois mois pour effectuer son travail et présenter son rapport. La nécessité pour le gouvernement d'intervenir d'urgence pour mieux répondre aux besoins de la population l'obligeait à achever dans des délais raisonnables une analyse de portée très générale, avec des idées neuves.

L'examen des programmes a été effectué en plusieurs étapes. Lorsque le mandat de chaque Groupe d'étude fut défini, il fallut procéder au choix des membres et des présidents de chaque Groupe, ce qui fut fait avec l'aide du Comité consultatif du secteur privé et des deux conseillers du Groupe de travail, MM. Darcy McKeough et Peter Meyboom. Personnalité du monde des affaires et ancien ministre du gouvernement de l'Ontario, M. McKeough assurait les contacts avec le secteur privé, alors que M. Meyboom, cadre supérieur du Conseil du Trésor, se chargeait des contacts avec le secteur public. Les membres des Groupes d'étude représentant le secteur privé ont accepté de collaborer sans rémunération, si l'on excepte une allocation journalière nominale versée aux représentants des syndicats.

À la fin de ses travaux, chaque Groupe d'étude a discuté de son rapport avec le Comité consultatif du secteur privé, et ses conclusions ont été adressées au Groupe de travail ministériel présidé par le vice-premier ministre, l'honorable Erik Nielsen. Les autres membres du Groupe sont l'honorable Michael Wilson, ministre des Finances, l'honorable John Crosbie, ministre de la Justice, et l'honorable Robert de Cotret, président du Conseil du Trésor.

Les rapports des Groupes d'étude constituent le premier élément d'un processus ordonné de discussion au sein du Cabinet. Ils présentent les options définies dans chaque domaine, et adressent des recommandations au

Groupe de travail. Il convient de souligner que ces rapports ne sont l'expression ni de la politique officielle du gouvernement ni de décisions gouvernementales. Ils visent simplement à favoriser une discussion éclairée de toute la gamme des programmes gouvernementaux. En ce sens, ils constituent pour ce dernier un outil précieux dans son processus décisionnel.

Collectivement, ces volumes illustrent clairement l'ampleur et la multiplicité des programmes de l'État, et proposent des options destinées soit à en modifier la nature même, soit à en améliorer la gestion. Certaines décisions ont déjà été annoncées dans le discours du budget du mois de mai, d'autres sont venues ensuite. Comme l'indiquait à cette occasion le ministre des Finances, l'échéancier d'exécution de certaines de ces mesures va jusqu'à la fin de la décennie, et c'est le Cabinet qui jugera du rythme approprié et de l'ampleur de ces modifications.

Les rapports des Groupes d'étude sont publiés dans l'espoir qu'ils aideront les Canadiens à mieux saisir la complexité des problèmes en jeu et des solutions envisagées. Ils constituent aussi l'expression de la profonde gratitude du gouvernement à l'égard de toutes les personnes qui ont si généreusement offert leur temps et leurs talents pour assurer le succès de cette entreprise.

MANDAT

Comme l'indique la liste ci-jointe, 28 programmes sont axés entièrement ou partiellement sur la santé et le sport. On estime que ces programmes coûteront en 1985-1986 12.3 milliards de dollars en dépenses de fonctionnement et en transferts fiscaux. Ils mobilisent 5,850 années-personnes réparties entre sept ministères et organismes.

La plupart de ces dépenses sont faites en vertu de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé. En vertu de la partie VI de la Loi, le gouvernement fédéral participe au financement des services de santé assurés, des services complémentaires de santé et de l'enseignement postsecondaire par le truchement de paiements en espèces et de transferts fiscaux. Les paiements en espèces relatifs à la santé, qui s'élèvent à quelque 6.685 milliards de dollars, se répartissent comme suit : assurance-hospitalisation et assurance-maladie (5.609 milliards de dollars), et services complémentaires de santé (1.076 milliard de dollars). Les transferts fiscaux relatifs à la santé s'élèvent à environ 4.558 milliards de dollars. Étant donné que ces programmes sont administrés par les provinces et les territoires, ils ne peuvent être traités comme s'il s'agissait de programmes gérés exclusivement par le gouvernement fédéral.

Outre les programmes susmentionnés, il y a trois programmes de dépenses fiscales totalisant environ 205 millions de dollars répartis comme suit : 145 millions en exemptions de taxe de vente et 60 millions en exemptions d'impôt sur le revenu des particuliers.

Enfin, le gouvernement fédéral gère directement 24 programmes de santé et de sports. Ces derniers mobilisent 5,826 années-personnes et des dépenses de 429 millions de dollars en frais d'exploitation, de 74 millions en frais d'immobilisations et de 318 millions en paiements de transferts, soit un total de 821 millions de dollars. Treize de ces programmes sont visés par les rapports d'autres groupes d'étude relevant du Groupe de travail ministériel.

Les frais de santé par habitant sont beaucoup plus élevés pour les personnes âgées que pour les jeunes. L'accroissement de l'espérance de vie des Canadiens ainsi

que la dénatalité amenuiseront de plus en plus la capacité du gouvernement et des contribuables de financer les services de santé dans les années à venir, à moins qu'on ne trouve des moyens pour juguler la montée des coûts tout en veillant à ce que la qualité des soins soit maintenue à un niveau raisonnable. Pour atteindre ces objectifs, il faudra absolument que les gouvernements et le secteur privé fassent preuve d'imagination et unissent leurs efforts. Le Groupe d'étude examinera donc les divers facteurs qui influent sur les coûts.

MANDAT

Le Groupe de travail ministériel chargé de l'examen des programmes demandera au Groupe d'étude de lui faire part de conseils et de recommandations sur les programmes de santé et de sports du gouvernement fédéral et, en particulier, sur les pressions auxquelles font face tous les gouvernements à l'égard des coûts qu'implique la prestation des services de santé, ainsi que sur la possibilité d'établir d'autres modes de prestation des services qui permettraient une plus grande rentabilité sans miner la qualité des soins.

Compte tenu de la nature des programmes assujettis au présent examen, le mandat du Groupe de travail fait une distinction entre les programmes de santé soutenus financièrement par le gouvernement fédéral et administrés par les provinces et les territoires, et les programmes de santé et de sports gérés exclusivement par le gouvernement fédéral.

Au chapitre des programmes administrés par les provinces et les territoires, le Groupe d'étude est prié :

- de décrire au Groupe de travail ministériel le système de prestation des services de santé au Canada, son mode de financement, ses contraintes et les facteurs qui influent sur les coûts;

- de renseigner les ministres au sujet de la perception des divers groupes oeuvrant dans le secteur de la santé, dans les provinces et les territoires, en ce qui a trait au régime de services de santé. Ces renseignements doivent provenir essentiellement de représentants de ministères provinciaux de la Santé et des Finances, ainsi que d'associations et d'organismes oeuvrant dans le secteur de la santé. Dans ce même ordre d'idées, il faudra accorder une attention toute spéciale aux opinionns qui semblent

les plus répandues parmi tous les gouvernements territoriaux et provinciaux ou la plupart d'entre eux;

- de déterminer s'il existe ou si l'on peut découvrir des mécanismes ou des techniques de rechange convenables qui pourraient répondre aux critères reliés à l'accroissement de la rentabilité et au maintien de la qualité des services de santé;

- de recommander aux ministres, à la lumière des résultats obtenus, toute autre mesure nécessaire.

En ce qui concerne les programmes de santé et de sports gérés exclusivement par le gouvernement fédéral, le Groupe d'étude est prié de déterminer :

- les services qui font double emploi au sein du gouvernement fédéral, ainsi qu'entre celui-ci et les provinces;

- les programmes qui pourraient être éliminés;

- les programmes dont le champ d'application pourrait être réduit;

- les groupes de programmes qui pourraient être fusionnés;

- les programmes dont l'objectif fondamental est fondé, mais dont la formule devrait être changée;

- un aperçu de la loi qu'il y aurait lieu d'adopter pour apporter ces changements aux programmes;

- les niveaux de ressources que supposent les changements recommandés, notamment l'importance des augmentations ou des diminutions de l'effectif, et les secteurs visés.

Dans le cadre de l'examen des programmes gérés exclusivement par le gouvernement fédéral, le Groupe d'étude est prié de fournir des renseignements sur les points suivants :

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les principaux bénéficiaires des programmes fédéraux de santé et de sports;

la répartition géographique des dépenses par rapport aux besoins;

les bénéficiaires de programmes fédéraux qui sont aussi bénéficiaires de programmes provinciaux;

les bénéficiaires de plus d'un programme fédéral;

la répartition globale des travaux de recherche entre les secteurs et les groupes de bénéficiaires.

Efficacité et double emploi

Les programmes qui sont particulièrement ennuyeux pour les bénéficiaires sur le plan de la paperasserie et des retards;

les exemples de cas où des particuliers ou des groupes sont bénéficiaires de plusieurs avantages ou services, notamment des dépenses fiscales et des programmes des provinces, et de programmes qui :

- sont complémentaires,
- semblent comporter des objectifs contraires,
- font double emploi ou entraînent des chevauchements considérables,

les cas où plusieurs programmes qui font double emploi pourraient être fusionnés en un seul;

l'utilité, la qualité et le caractère opportun de la prestation des avantages et des services offerts aux clients;

la mesure dans laquelle les programmes de santé et de sports découlent d'engagements passés;

la coordination des programmes fédéraux avec ceux d'autres pourvoyeurs d'avantages liés aux secteurs de la santé et des sports;

les buts et avantages des divers programmes de recherche dans le secteur de la santé;

les lignes de conduite adoptées dans d'autres pays et qui pourraient s'appliquer à l'étude;

le nombre et l'emplacement des bureaux au pays.

Lacunes et omissions

Les programmes de dépenses directes ou de dépenses fiscales dont il y aurait lieu de tenir compte dans le présent examen des programmes de santé et de sports, mais qui ne figurent pas dans la liste initiale des programmes, peuvent être assujettis à un examen après consultation du Groupe de travail ministériel.

AUTRES ÉTUDES - LIAISON

À l'intention du Groupe de travail ministériel, le Groupe d'étude recensera dans son plan de travail détaillé tout programme ou sujet lié à la santé et aux sports qui a été examiné par d'autres groupes d'étude, ou qui est en train de l'être par le truchement d'autres moyens, lorsque le Groupe d'étude jugera que des questions importantes n'ont pas été traitées dans l'examen initial et qu'une "deuxième opinion" profiterait aux ministres.

ACCÈS AUX SOURCES D'INFORMATION ET DE DONNÉES

Le Groupe d'étude aura accès à toutes les évaluations, et à tous les examens et rapports sur les programmes de santé et de sports établis au cours des dernières années, de même qu'à tout autre renseignement et donnée provenant d'organismes centraux et d'organisations responsables de la prestation de services et de programmes. Le Groupe d'étude examinera les renseignements recueillis et déterminera si des données supplémentaires sont requises; les ministères dont relèvent les programmes seront priés par le Groupe d'étude, au nom du Groupe de travail ministériel, de réunir ces données.

COMMUNICATIONS AVEC LES MINISTÈRES

Le présent mandat a été élaboré de concert avec le sous-ministre de SBSC, et le secrétaire du Cabinet pour les relations fédérales-provinciales.

Les ministres responsables des ministères directement touchés par la présente étude seront prévenus des programmes qui feront l'objet d'un examen de leur secteur.

En outre, le Groupe d'étude communiquera avec les sous-ministres et les gestionnaires supérieurs dont les programmes sont visés par l'étude, et les consultera.

COMPOSITION DU GROUPE D'ÉTUDE

Le Groupe d'étude sera dirigé par un représentant du secteur privé ou par un haut fonctionnaire de niveau EX-4 ou 5, qui sera nommé en consultation avec les ministères les plus touchés par la présente évaluation des programmes. Le chef du Groupe d'étude rendra compte à la fois au conseiller du secteur public et au conseiller chargé d'assurer la liaison avec le secteur privé, qui secondent le président du Groupe de travail.

En outre, le Groupe comprendra un chef adjoint et six autres membres qui représenteront équitablement la haute direction au sein du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et du secteur privé. Un ou deux adjoints à la recherche pourront se joindre au Groupe d'étude en temps et lieu.

PLAN DE TRAVAIL

Après l'approbation de son mandat et un examen des évaluations et appréciations dont on dispose pour les programmes assujettis à l'examen, le Groupe d'étude présentera au Groupe de travail ministériel un plan de travail détaillé fournissant la liste révisée des programmes, l'organisation par sous-groupes, les activités à entreprendre et l'échéancier pour le travail à accomplir.

PRÉSENTATION DU RAPPORT

Le Groupe d'étude est prié de communiquer ses conclusions préliminaires au Groupe de travail ministériel d'ici au 30 septembre 1985, et un rapport final le 31 octobre 1985. En outre, le Groupe de travail recevra de brefs rapports sur l'état d'avancement des travaux du Groupe d'étude et des autres groupes à toutes ses réunions régulières.

LISTE DES PROGRAMMES DE SANTÉ ET DE SPORTS

Ministère	Numéro du programme	Titre
AEC	107	Sports - Relations internationales
CP/SA	1	Condition physique et Sport amateur - Sport Canada
CP/SA	2	Condition physique et Sport amateur - Condition physique
FIN-DFP	7	Déduction des frais médicaux
FIN-DFV	6	Achat des hôpitaux
FIN-DFV	7	Appareils médicaux
SBSC	17	Médecine aéronautique civile
SBSC	18	Services de quarantaine et de réglementation
SBSC	19	Services d'urgence
SBSC	20	Services de santé des Indiens
SBSC	21	Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon
SBSC	22	Services médicaux aux fins d'immigration
SBSC	23	Services de prothèse
SBSC	24	Santé des fonctionnaires fédéraux
SBSC	100	Salubrité des aliments, qualité nutritionnelle et normes alimentaires
SBSC	101	Innocuité, efficacité et qualité des drogues
SBSC	102	Qualité du milieu et dangers
SBSC	103	Contrôle de la santé à l'échelle nationale
SBSC	104	Services de la santé et ressources
SBSC	105	Promotion de la santé
SBSC	106	Assurance-santé
AINC	231	Contribution aux gouvernements territoriaux - Régime hospitalier et régime médical
CRM	1	Conseil de recherches médicales du Canada
JOH	7	Gouvernement du Canada - Bureau des jeux olympiques d'hiver de 1988
SC	113	État de santé
SC	117	Soins de santé
TC	30	Sports
FC	192	FPE-Santé (transfert de points fiscaux)

MEMBRES DU GROUPE D'ÉTUDE

Chef du Groupe

Gary James Chatfield
Président
Extendicare Hospital Management and Development Ltd.

Chef adjoint

Dennis Kealey
Directeur général
Direction des services de santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)

Membres

Bryce M. Taylor
Coordinateur
Sports Administration
North York (Ontario)

Donald Junk
Sous-ministre adjoint
Division de l'élaboration des politiques
Ministère des Hôpitaux et des Soins médicaux
Edmonton (Alberta)

Ambrose M. Hearn
Sous-ministre
Ministère de la Santé
Gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador
St. John's (T.-N.)

Charles W. Birkett
Président
Diversicare Incorporated
Mississauga (Ontario)

William L. Haney
Ottawa (Ontario)

Rhonda Cockerill
Adjoint à la recherche
Section de la recherche sur les soins de santé
Division de la médecine communautaire
Faculté de Médecine
Université de Toronto
Toronto (Ontario)

Alan McLaughlin
Économiste principal
Ministère du Trésor et de l'Économie
Direction des politiques financières intergouvernementales
Toronto (Ontario)

Sheila A. Murray
Agent des affectations
Conseil du Trésor du Canada
Ottawa (Ontario)

APERÇU GÉNÉRAL

INTRODUCTION

Les responsabilités et les pouvoirs dans le domaine de la santé sont partagés, en vertu de la Constitution, entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le gouvernement fédéral assume directement la prestation de services de santé à certaines catégories bien définies (les Forces armées, la GRC, les détenus des prisons fédérales et la fonction publique fédérale pour les services d'hygiène professionnelle, par exemple). Il fournit aussi des services de santé aux Indiens et aux Inuit dans tout le Canada, tout en assurant la prestation de divers programmes de santé publique, d'hygiène dentaire et de services en établissement au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, aux termes d'ententes conclues avec les gouvernements territoriaux.

Pour les questions de santé revêtant un caractère national et international, le gouvernement fédéral assure toute une gamme de services dans le domaine de la consultation, de la production de statistiques, des laboratoires de référence, de la réglementation (des aliments, des médicaments, des instruments médicaux et des contaminants de l'environnement, par exemple), de la quarantaine, d'examens médicaux aux fins d'immigration et de l'aide à la recherche. Le gouvernement fédéral a aussi entrepris d'importantes activités dans le secteur de la promotion de la santé.

Le rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé s'est fait sentir principalement, en ce qui concerne l'ensemble de la population, par l'utilisation des recettes fiscales afin de stimuler et de soutenir les régimes d'assurance-maladie et les autres services de santé des provinces.

Depuis 1977, en vertu de la Loi sur le financement des programmes établis, le gouvernement fédéral transfère aux provinces des points d'impôt et leur verse des subventions globales en leur demandant de respecter des conditions formulées en termes généraux. Ces contributions financières sont rajustées chaque année en fonction de la hausse du produit national brut (PNB).

La Loi canadienne sur la santé (1984) a rappelé les principes généraux de notre système national de santé : l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité, la transférabilité et la gestion publique. Cette loi prévoit des sanctions sous forme de retenues que le gouvernement fédéral peut, s'il le juge bon, effectuer sur les contributions qu'il verse à une province qui contrevient à l'un des cinq principes, ainsi que des pénalités non discrétionnaires dans le cas où une province autoriserait ses médecins à pratiquer la "surfacturation" ou permettrait d'imposer des "frais modérateurs" pour d'autres éléments du système.

Le financement public des soins de santé représente à l'heure actuelle environ 75 % des dépenses engagées pour des services de santé (le solde étant constitué par les services dentaires, la plupart des ordonnances, la coassurance dans le cas des établissements de soins de longue durée, les verres correcteurs, etc.). Plus de 90 % des coûts reliés aux soins hospitaliers et aux soins médicaux sont maintenant pris en charge par les régimes provinciaux. Au Canada, les services de santé fournis par le secteur public ou privé représentaient en 1984 une valeur totale de 36 milliards de dollars.

Les provinces jouent un rôle important dans le financement des dépenses d'immobilisations des hôpitaux et autres établissements de santé, tout en assurant la prestation des services de santé publics.

L'État occupe une place de plus en plus grande dans le système de santé. Cependant, le secteur privé continue de jouer un rôle prédominant dans la prestation des services de santé au Canada. La grande majorité des médecins et des dentistes travaillent à leur compte. Ces professions, tout comme les infirmières et les pharmaciens, s'autorégissent en s'autoréglementent en totalité ou en grande partie, dans le cadre de lois provinciales.

La plupart des autres professionnels de la santé, dont les infirmières, travaillent comme salariés pour un établissement ou un programme de santé. Au Canada, la plupart des hôpitaux appartiennent à des sociétés sans but lucratif, à des organismes religieux ou aux autorités locales.

PRINCIPALES CONCLUSIONS ET OPTIONS

Financement des programmes établis (FPE)

Dans les accords en vigueur en vertu du FPE, la contribution financière du gouvernement fédéral est liée à la croissance et à la capacité de l'économie, ce qui permet de faire des prévisions de financement en fonction de facteurs économiques plutôt que de la hausse des dépenses de santé. Le financement global vise à fournir aux provinces une aide financière qui ne soit pas liée aux niveaux des dépenses de santé.

Dans ce contexte, la répartition décidée unilatéralement du FPE entre deux éléments, soit la santé et l'enseignement postsecondaire, est incompatible avec le principe du "financement global".

Dans le domaine de la santé, le Groupe d'étude est d'avis que les provinces n'ont pas été en mesure de limiter l'augmentation des coûts en fonction d'objectifs économiques fermes. Comme l'opinion publique est attachée à la gratuité des soins, les administrations provinciales n'ont de façon générale pu mettre en place de véritables mesures de contrôle des coûts qui produisent un effet durable.

Toutefois, le Groupe d'étude conclue, à la lumière de son examen, qu'il n'existe, pour ce qui est des programmes, aucune raison impérieuse de réduire les paiements de transferts. Ainsi, il estime que l'intention du gouvernement fédéral de réduire les transferts aux provinces de 6 milliards de dollars au cours des cinq prochaines années n'est strictement qu'une mesure fiscale nécessaire. Le Groupe d'étude craint cependant qu'une telle mesure, si elle était mise à exécution par le gouvernement fédéral, ne réduise sensiblement son rôle dans le domaine de la santé au Canada. Les contributions fédérales représentent actuellement 40 % environ des coûts des régimes provinciaux de santé. De l'avis du Groupe d'étude, rien ne permet vraiment de conclure que notre système de santé soit sensiblement "sous-financé" ou "surfinancé"; dans l'ensemble, la situation semble plutôt équilibrée pour le moment. Cependant, des facteurs susceptibles d'accroître les coûts à l'avenir s'accumulent, comme en fait état le chapitre sur les problèmes actuels des services de santé.

Le Groupe d'étude a déterminé un certain nombre d'options qui devraient permettre d'améliorer et de

stabiliser les relations fédérales-provinciales et qui visent à atténuer les frictions entre les deux ordres de gouvernement en matière de financement et de compétence. En outre, elles devraient donner lieu à une collaboration fructueuse qui permettra de résoudre les problèmes auxquels doit faire face notre système de santé.

Loi canadienne sur la santé (LCS)

Cette loi avait l'appui des trois partis politiques fédéraux et de nombreux groupes d'intérêt communautaires lorsqu'elle fut adoptée en 1984. Elle a rappelé le devoir du gouvernement fédéral de veiller au respect des cinq principes sur lesquels repose notre système de santé :

- l'universalité des prestations;
- l'intégralité des services;
- l'accessibilité des services;
- la transférabilité partout au Canada;
- la gestion publique.

La LCS prévoit des sanctions discrétionnaires lorsqu'une province ne respecte pas ces cinq principes.

Ce rappel des principes a été utile. Cependant, des sanctions financières très précises et non discrétionnaires ont eu pour effet de faire réapparaître une certaine rigidité dans un système qui, de l'avis du Groupe d'étude, a le plus grand besoin de formules nouvelles. De plus, la LCS n'apportait rien de nouveau en "autorisant" les provinces à traiter les professionnels de la santé d'une manière que leurs pouvoirs leur permettaient déjà.

La LCS limite la liberté d'action des provinces lorsque vient le temps de réagir aux pressions qui s'exercent au sein de leurs régimes de santé, tout en introduisant des sources de friction dans les relations fédérales-provinciales.

Aucune province ne peut réduire les éléments essentiels de son régime de santé sans payer un lourd tribut politique. Le "système" même et le public ne permettront pas non plus aux gouvernements provinciaux de menacer "leur" système de santé. Il faut, pour l'avenir, faire preuve d'un sens de l'intérêt commun afin que les gouvernements fédéral et provinciaux commencent à travailler de concert à la poursuite d'objectifs semblables dans le domaine de la

santé. La surveillance de l'application de la Loi canadienne sur la santé (LCS) devrait rester aussi simple que possible.

Nous estimons qu'il faudra à la longue modifier ou remplacer la LCS pour permettre au gouvernement fédéral de continuer à veiller, à l'échelle nationale, au respect des cinq principes sur lesquels repose le système de santé du Canada, tout en éliminant les dispositions qui sont sources de friction et de rigidité et qui ne contribuent pas à améliorer ou à protéger notre régime de santé.

À l'égard des programmes administrés directement par Santé et Bien-être social Canada (SBSC), nous avons formulé un certain nombre de propositions précises qui peuvent se résumer comme suit :

Protection de la santé

On propose que l'on exige des frais pour les évaluations préalables à la mise en marché de nouveaux médicaments et de nouveaux instruments médicaux qui sont effectuées par la Direction des médicaments ou la Direction de l'hygiène du milieu.

Médecine aéronautique civile et services médicaux aux fins d'immigration

Ces programmes sont destinés à une clientèle bien particulière au Canada; nous proposons qu'ils soient confiés à d'autres ministères. Nous estimons aussi qu'une modification sensible du mode de fonctionnement de la médecine aéronautique civile, ainsi qu'une récupération intégrale du coût de ses ressources sont nécessaires.

Services de santé des Indiens, Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon et Services de prothèse

Nous sommes d'avis que le gouvernement fédéral devrait cesser de fournir lui-même ces services. Les Services de prothèse devraient être transférés aux provinces. Les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon devraient être confiés aux gouvernements territoriaux et les Services de santé des Indiens, aux provinces, ou encore aux conseils communautaires. Dans tous ces domaines, la compensation à verser à ces autorités devrait faire

l'objet de négociations approfondies. Il est bien évident que l'adoption de cette ligne de conduite nécessiterait la négociation d'une entente avec les organismes autochtones représentatifs.

Dans le cas des Services de santé des Indiens et des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, nous estimons que l'on ne pourrait procéder à leur transfert dans un délai raisonnable (d'ici à 1991 et à 1987, respectivement) que si l'on confie expressément le processus d'évolution à un groupe choisi de négociateurs agissant pour le compte de SBSC.

Conseil des recherches médicales du Canada et Programme national de recherche-développement en matière de santé

Nous avons conclu que ces deux programmes étaient efficaces et employaient les ressources qui leur étaient attribuées d'une manière bénéfique au pays. De l'avis du Groupe d'étude, ils ne devraient pas être regroupés, chacun jouant un rôle bien précis et crucial dans le milieu de la recherche au Canada. Leurs budgets sont raisonnables et ne devraient pas être modifiés de façon spectaculaire si l'on veut maintenir la qualité fondamentale de la recherche.

Statistiques et données sur la santé [Soins de santé (Statistique Canada-SC), État de santé (SC) et Systèmes d'information (SBSC)]

Les activités relatives à l'état de santé sont jugées utiles tant aux gouvernements fédéral et provinciaux qu'à de nombreux utilisateurs non gouvernementaux. Les activités relatives aux soins de santé et aux systèmes d'information n'ont pas une utilité aussi manifeste, car elles contribuent surtout aux échanges de renseignements entre les provinces. Selon le Groupe d'étude, ces renseignements, une fois produits, ne sont pas exploités efficacement.

Nous recommandons en conséquence au Groupe de travail que le gouvernement envisage de mettre fin à ces deux programmes dès le 1er janvier 1987, sous réserve d'un examen immédiat des données recueillies et publiées. Cet examen devrait être effectué sous l'égide de la Conférence des sous-ministres fédéral et provinciaux de la Santé. Les ressources à affecter à ces programmes devraient être déterminées après cette évaluation critique.

Services de santé

Ce programme sert dans une large mesure à apporter un soutien, en matière de conseils et de secrétariat, à un énorme réseau de comités consultatifs fédéraux-provinciaux, de sous-comités et de groupes de travail. Comme dans le cas du groupe des données sur la santé, nous recommandons au Groupe de travail que le gouvernement envisage d'interrompre ces activités pendant qu'on procède à un examen pour déterminer si leur existence est toujours justifiée. Cet examen devrait être entrepris sous l'égide de la Conférence des sous-ministres fédéral et provinciaux de la Santé; les ressources à attribuer à ces activités seraient déterminées à la suite de cet examen.

Services d'urgence

Un important élément de ce programme est le stockage, dans tout le Canada, de fournitures hospitalières et médicales d'une valeur d'environ 50 millions de dollars. Rien ne prouve qu'on utilise fréquemment ces fournitures ou qu'on en ait besoin, car les régimes provinciaux de santé sont maintenant bien au point et se sont eux-mêmes dotés de ressources pour faire face aux situations d'urgence.

Nous recommandons au Groupe de travail que le gouvernement envisage de demander au ministère de la Défense nationale de ne maintenir que trois lieux de stockage au Canada pour parer aux urgences nationales. Le reste du stock actuel de fournitures devrait être donné aux provinces ou à des pays du tiers monde. Les activités de formation menées dans le cadre de ce programme devraient s'autofinancer.

Promotion de la santé et Condition physique

Nous avons souligné dans plusieurs sections du présent rapport la nécessité de donner plus d'importance à la promotion de modes de vie sains chez les Canadiens. Les retombées sont lentes à venir et souvent difficiles à chiffrer, mais, à notre avis, elles méritent incontestablement que le gouvernement fédéral et les provinces continuent d'appuyer les efforts déployés en ce sens.

Nous avons proposé que la Promotion de la santé et Condition physique Canada soient intégrées sur le plan fonctionnel, au sein d'un organisme indépendant de SBSC. Nous sommes d'avis que, moyennant une organisation et une

politique promotionnelle judicieuses, ce nouvel organisme parviendrait à obtenir des contributions du secteur privé qui compléteraient les ressources fédérales dans le domaine de la promotion de la santé.

Sports

Nous recommandons au Groupe de travail que le gouvernement fédéral envisage d'abandonner progressivement ce programme d'ici à 10 ou 15 ans afin de prévoir un délai suffisant de sorte que le système de perfectionnement des athlètes de haut niveau puisse parvenir à un stade de viabilité, tant sur le plan de l'organisation que sur celui du financement, de manière à être relativement indépendant de l'État.

Santé des fonctionnaires fédéraux

Nous sommes préoccupés par l'augmentation rapide des ressources consacrées par le gouvernement fédéral à ce secteur (de 9.3 millions de dollars en 1982-1983 à 20.3 millions de dollars, selon les propositions pour 1986-1987). Les responsables n'ont pu fournir de raisons précises pour justifier cette hausse. Nous recommandons au Groupe de travail que le gouvernement envisage d'engager des conseillers qui soient chargés d'examiner à fond ce programme et notamment ses objectifs, les ressources nécessaires, les possibilités d'impartition et sa place dans l'administration fédérale. Les ressources devraient être limitées au niveau de 1985-1986 tant que cet examen n'est pas terminé.

Administration des directions générales et du Ministère

L'examen de ces programmes n'était pas prévu dans notre mandat. Nous relevons cependant qu'en 1986-1987 ces programmes représenteront 1,356 années-personnes et 81.6 millions de dollars. Nous sommes d'avis que ces activités devraient faire l'objet d'un examen critique afin de procéder à une réduction d'au moins 10 % des dépenses. Sur le plan de l'organisation, il ne semble pas exister "d'axe" unique pour toutes les questions de santé de SBSC.

CONCLUSION

Le système de santé du Canada est reconnu de par le monde comme l'un des régimes sociaux les plus remarquables par l'étendue de son champ d'application. C'est aussi l'un

des systèmes de relations intergouvernementales, inter-organisationnelles (professionnelles et institutionnelles) et interpersonnelles les plus coûteux et les plus complexes qui soient administrés par les autorités publiques au Canada. Son évolution a été marquée au coin de la controverse.

Nous aimons à croire que, si elles sont adoptées, les options présentées par le Groupe d'étude au gouvernement contribueront avec le temps à atténuer certains aspects de cette controverse -- et notamment ceux qui mettent en jeu les relations fédérales-provinciales. Aussi espérons-nous que les deux paliers de gouvernement commenceront à travailler vraiment de concert dans le but de résoudre les questions dont dépend la capacité de notre pays à offrir à ses citoyens des services de santé de qualité à un coût raisonnable.

Nous avons également présenté certaines propositions précises qui, à notre avis, contribueraient à réduire les coûts qui sont actuellement assumés par le gouvernement fédéral afin d'offrir divers services par l'intermédiaire de Santé et Bien-être social Canada.

LES PROBLÈMES ACTUELS DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

SECTION 1

SOMMAIRE

Le présent chapitre résume les problèmes fondamentaux auxquels font actuellement face les responsables du réseau canadien de services de santé, et que des études récentes ou des consultations avec les provinces, des associations nationales et des participants de premier plan ont déjà permis de définir. On y décrit aussi certains des principaux indicateurs du système de santé canadien et de l'état de santé des citoyens.

L'un des problèmes essentiels que doivent résoudre les provinces et le gouvernement fédéral est celui de l'augmentation des coûts des services de santé; nous nous sommes donc efforcés d'analyser ce problème en fonction des divers éléments qui y contribuent, à savoir l'accroissement du nombre de personnes âgées, l'influence de la technologie de pointe dans le secteur de la santé, la main-d'oeuvre sanitaire, et les pressions exercées sur les services. Nous étudions ensuite une cinquième question, celle de la privatisation. Ces cinq problèmes fondamentaux sont brièvement exposés dans la Section 1, et examinés plus en détail dans la Section 2. Finalement, dans la Section 3, nous examinons certains indicateurs de santé touchant notamment les facteurs démographiques, l'état de santé des Canadiens, l'utilisation des services de santé, les ressources disponibles, les groupes-cibles prioritaires, et les coûts des services.

LES PERSONNES ÂGÉES

Dans les prochaines années, le Canada peut s'attendre à une augmentation sensible de sa population âgée (personnes de 65 ans et plus), et à une augmentation encore plus rapide de la proportion des personnes du quatrième âge (85 ans et plus). Puisque ce sont les membres de ce groupe qui font le plus appel au système de santé (notamment aux hôpitaux), le Groupe d'étude est d'avis qu'il est essentiel que nous parvenions à trouver des méthodes moins coûteuses de prestation des soins, si nous voulons avoir la moindre chance de répondre à l'augmentation de la demande sans une augmentation massive des budgets.

LA TECHNOLOGIE DE POINTE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Les équipements de technologie de pointe contribuent à l'augmentation des coûts des services de santé, car ils exigent, au départ, des investissements élevés outre la formation d'employés spécialisés. Le problème consiste donc à s'assurer que l'on n'aura recours qu'aux technologies les plus efficaces, les plus utiles et les plus rentables, en veillant à ce que ces technologies ne viennent pas simplement s'ajouter aux équipements existants mais viennent plutôt les remplacer.

LA MAIN-D'OEUVRE SANITAIRE

D'aucuns craignent qu'il n'y ait actuellement trop de médecins au Canada. Étant donné que leur nombre influe directement sur les coûts de la santé, on peut se demander s'il ne faudrait pas adopter un mécanisme permettant de gérer et contrôler les effectifs. En outre, à ce problème se greffe aussi celui de la répartition des médecins disponibles entre les diverses spécialités, d'une part, et entre les régions urbaines et rurales, d'autre part.

L'UTILISATION DES SERVICES

Considérant la structure actuelle du réseau, tous les facteurs susceptibles d'influer sur le degré d'utilisation des services semblent contribuer à la hausse des coûts. En effet, les citoyens veulent et réclament les services les plus modernes et les plus coûteux; les médecins, qui sont rémunérés à l'acte, ne sont peut-être pas suffisamment incités à se soucier des coûts lorsqu'ils fournissent les services; et les collectivités sont poussées à faire des pressions pour obtenir des ressources et de l'équipement supplémentaires.

LA PRIVATISATION

Par privatisation, on entend le processus visant à offrir au secteur privé des possibilités de participation à la propriété, à la gestion ou au contrôle des ressources sanitaires. Le problème qui se pose dans ce contexte est de déterminer le rôle que devrait jouer la privatisation dans le système de santé canadien.

SECTION 2
LES PROBLÈMES ACTUELS DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA

Dans la présente section, nous examinons les problèmes décelés lors d'études récentes et de consultations entreprises avec les provinces, des organisations nationales et des participants de premier plan dans le domaine de la santé. Il s'agit par conséquent des problèmes fondamentaux auxquels font face les responsables de la gestion du système de santé canadien. Pour faciliter la lecture, nous avons décidé de présenter chaque problème de la manière suivante : énoncé du problème, examen du problème dans des études et rapports antérieurs, et opinions avancées par les provinces et les organisations nationales.

LES PERSONNES ÂGÉES

Énoncé du problème

Selon les projections, les personnes âgées (c'est-à-dire de 65 ans et plus) représenteront en l'an 2006 14.7 % (4.1 millions) de la population canadienne, par rapport à 9.7 % (2.5 millions) selon le recensement de 1981. Cette augmentation rapide (en chiffres absolus et relatifs) de la population âgée du Canada a des conséquences importantes pour le système de santé.

- En 1980-1981, le temps de séjour moyen des patients dans les hôpitaux était de 12 jours. Pour les enfants de moins de 15 ans, il était de 5.5 jours. Pour les personnes de 65 ans et plus, il était de 25.8 jours. Si l'on ne parvient pas à réduire le temps de séjour moyen des personnes âgées dans les hôpitaux, nous devrons augmenter sensiblement le nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux pour faire face aux besoins d'une population vieillissante.

- En 1980-1981, les personnes de 65 ans et plus représentaient 22 % de tous les congés d'hôpitaux et 48 % de toutes les journées d'hospitalisation. Encore une fois, si l'on ne parvient pas à changer cette situation, il faudra augmenter sensiblement le nombre d'hôpitaux et de lits d'hôpitaux pour faire face aux besoins d'une population vieillissante.

- Parmi les personnes âgées, le pourcentage des gens de 85 ans et plus devrait passer de 8.2 % en 1981 à 11.8 % en 2006. Cela signifie que le phénomène de

vieillissement se retrouve aussi à l'intérieur même du groupe des personnes âgées. Étant donné que ce groupe est traditionnellement celui qui a le plus besoin des services médicaux, les taux d'utilisation actuels risquent d'entraîner une sous-estimation des besoins futurs. De plus, même si l'on parvient à réorienter les modes de prestation des services, de façon à atténuer la dépendance à l'égard des établissements de santé, il se peut que l'évolution de la pyramide des âges de la population âgée limite considérablement la nature et la portée de cette nouvelle orientation.

Études antérieures

Le Groupe de travail sur l'attribution des ressources en soins de santé, créé en 1984 par l'Association médicale canadienne (AMC), s'est penché tout particulièrement sur le dossier des personnes âgées. La société Woods Gordon avait alors été chargée de faire enquête sur l'évolution démographique probable du Canada au cours des 40 prochaines années, et d'analyser les incidences de cette situation sur le système de santé si l'on maintenait les méthodes actuelles de prestation des services. À la lumière des résultats de cette enquête et des mémoires qui lui ont été adressés, ce groupe de travail a tiré les conclusions suivantes.

- Il est indéniable que la réorientation de nos ressources médicales doit être axée sur l'élargissement du réseau des services communautaires, afin de permettre aux personnes âgées de rester le plus longtemps possible à l'extérieur des établissements de santé, non seulement pour réduire les coûts, mais aussi afin qu'ils puissent jouir d'une meilleure qualité de vie.

- L'analyse de quatre scénarios (réduction du taux d'utilisation des établissements de santé par les personnes âgées; réduction du taux d'hospitalisation des patients souffrant de troubles mentaux; réduction de la durée des séjours à l'hôpital; création d'une nouvelle profession d'infirmières-cliniciennes) a montré que l'on pourrait sensiblement réduire l'augmentation des taux d'utilisation futurs (et les besoins en ressources) causée par le vieillissement de la population canadienne en réorientant une partie de la demande vers des modes de traitement moins

coûteux. Bon nombre des gouvernements provinciaux nous ont déclaré que cette réorientation est absolument indispensable.

- On déplore l'absence d'établissements de santé polyvalents, c'est-à-dire dans lesquels les patients peuvent passer librement d'un niveau de soins à un autre, avec des évaluations périodiques. Dans le rapport de la firme Woods Gordon, on affirme que de tels établissements sont essentiels si l'on veut garantir à chacun les soins dont il a vraiment besoin.

- Bon nombre de centres d'accueil offrent par ailleurs des services inadéquats. Selon le rapport susmentionné, ce problème exige à court terme l'adoption de règlements très stricts pour garantir le respect de normes cohérentes, et à long terme le remplacement graduel des centres à but lucratif par d'autres sans but lucratif.

- La société Woods Gordon estime que les ressources supplémentaires requises pour faire face à l'accroissement de la demande résultant des mutations démographiques peuvent se résumer comme l'indique le tableau ci-après.

TYPE DE SERVICE DE SANTÉ	RESSOURCES	Augmentation en % 1981-2001	Augmentation en % 1981-2021	Frais d'exploitation annuels suppl. d'ici à 2021 (millions $)	Coût d'immobilisations suppl. d'ici à 2021 Total cumulé (millions $)
Hôpitaux généraux et spécialisés*	Lits	44	84	7,100	17,700
Centres de soins à long terme*	Lits	63	110	4,300	12,400
Établissements de santé mentale	Lits	11	35	380	360
Services médicaux	Médecins	28	47	1,900	-
Soins à la maison	Infirmières	64	121	43	-
TOTAL				**13,723**	**30,460**

* Ces pourcentages correspondent au fait que l'on devrait ajouter 118,000 lits d'hôpitaux et 276,000 lits de soins à long terme, d'ici à 2021.

Les analystes de la firme Woods Gordon ont ainsi conclu que dans les cinq types de services étudiés, plus de la moitié de l'augmentation prévue se produira d'ici à l'an 2001. Cela signifie que les gouvernements provinciaux du Canada n'ont que très peu de temps pour planifier leur action, et qu'ils ne peuvent en aucun cas reporter l'examen de cette question au siècle prochain.

Selon Robert Evans, professeur d'économie à l'Université de la Colombie-Britannique, l'augmentation du nombre de personnes âgées ne constitue pas en soi un problème grave. En effet, les projections révèlent que, pris isolément, le facteur du vieillissement sera à l'origine d'une augmentation d'environ 1 % par an des coûts de santé par habitant au cours des 40 années de 1981 à 2021. À son avis, cette augmentation est tout à fait raisonnable, si l'on tient compte des taux d'augmentation historiques du revenu national par habitant. Toutefois, affirme-t-il, le vieillissement de la population donne naissance à deux autres problèmes qui auront une influence profonde sur l'ensemble du réseau.

- Il faudra réduire la part des ressources affectées aux médecins en faveur de ceux fournis par des établissements de soins à long terme. Or, puisque le nombre de médecins ne cesse d'augmenter, il faudra soit que leurs revenus individuels diminuent, en dollars constants, soit que l'on injecte plus d'argent dans le système.

- Les taux spécifiques d'utilisation des services hospitaliers et médicaux par groupe d'âge et par sexe ne sont pas constants. De fait, ils augmentent déjà depuis plusieurs années pour les personnes âgées. La combinaison des progrès technologiques et de l'augmentation du nombre de médecins semble se traduire par une augmentation plus élevée des taux d'utilisation et des coûts pour les personnes âgées. Par conséquent, les coûts continueront à croître au fur et à mesure que grossit la population âgée.

Opinions des provinces

Lors de nos consultations avec de hauts fonctionnaires des provinces, tous nous ont indiqué qu'ils considéraient l'augmentation du nombre de personnes âgées, et, par conséquent de leurs besoins en services de santé, comme un problème grave à court terme (d'ici à l'an 2001) ou à long terme (d'ici à l'an 2021). Les provinces s'efforcent donc de créer ou d'améliorer les services de santé offerts durant la journée, à titre temporaire ou à la maison, dans le but de réduire le nombre de journées d'hospitalisation des personnes âgées. Ces efforts ont aussi pour but d'améliorer la qualité de vie de ces personnes et de modérer les augmentations de coûts probables.

LA TECHNOLOGIE DE POINTE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Énoncé du problème

Les caractéristiques fondamentales de la technologie appliquée aux services de santé sont les suivantes : la rapidité d'introduction des nouveaux équipements, la durée de vie utile relativement limitée des équipements actuellement sur le marché, le degré de spécialisation et le coût des nouveaux équipements. Ces caractéristiques sont à l'origine d'un certain nombre de problèmes relatifs à la gestion des services de santé.

Le financement de l'équipement. La nouvelle technologie peut coûter très cher. Comme les gouvernements (tant fédéral que provinciaux) assument une bonne part du financement des services de santé, il s'agit de déterminer les sommes qu'il est raisonnable d'investir dans les nouvelles technologies. En outre, une fois cette question résolue, il convient de décider quelles technologies seront financées, et dans quelles localités. Finalement, il faut s'assurer, dans la mesure du possible, que les nouveaux équipements remplacent des équipements existants, et ne viennent pas seulement s'y ajouter.

L'efficacité de l'équipement. L'une des questions essentielles que pose l'introduction de toute nouvelle technologie est de savoir si elle permettra de fournir des soins de meilleure qualité, avec moins de risques. Il s'agit par conséquent de s'assurer que la nouvelle technologie est vraiment efficace, et que seuls sont financés les types d'équipements vraiment efficaces et rentables. Il importe aussi d'assurer une certaine coordination des essais des nouvelles technologies et une bonne diffusion des résultats entre les divers groupes et individus en cause.

La formation de personnel spécialisé. Les nouveaux équipements sont souvent tellement complexes à utiliser qu'il faut mettre sur pied de nombreux programmes de formation destinés aux techniciens spécialisés. Il importe donc de définir le plus exactement possible les besoins en formation professionnelle, les locaux qui seront nécessaires pour dispenser les cours, ainsi que les conséquences financières qui en découleront. Bien sûr, il conviendra aussi d'établir le plus exactement

possible le nombre de spécialistes de la santé connexes dont il faudra s'assurer les services.

Les incidences de la technologie. L'une des conséquences du recours à la technologie de pointe est que les praticiens de la santé doivent de plus en plus souvent faire face à des problèmes d'ordre moral ou d'éthique, car ils doivent souvent décider comment et quand laisser mourir les patients. Un problème connexe est celui du "rationnement" des nouveaux équipements, lorsque tous les services ne peuvent pas être fournis à tous les membres d'une collectivité donnée.

RÉSULTATS DES CONSULTATIONS

Études antérieures

Dans son rapport sur l'attribution des ressources en soins de santé (1984), le Groupe de travail de l'AMC consacrait un chapitre aux problèmes relatifs à l'utilisation de la technologie de pointe, notamment aux suivants : le fait que les patients s'attendent à ce que les médecins puissent guérir ou résoudre tous les problèmes médicaux grâce à la technologie moderne; le fait que les médecins dépendent de plus en plus de la technologie, ce qui émousse leur "art" acquis par la pratique clinique directe; le fait que l'on adopte des technologies dont la valeur n'a pas été éprouvée; la nécessité d'organiser, de rationaliser et de canaliser de la manière la plus efficace possible les ressources disponibles en matière de technologie; et le fait que bon nombre de régions du Canada n'ont pas accès aux technologies qui ont été mises au point et adoptées ailleurs. Les auteurs du rapport de l'AMC formulaient donc trois recommandations : 1) élaborer un ensemble uniforme de directives pour l'évaluation, l'acquisition, l'exploitation et le financement de la technologie de pointe; 2) rationaliser et coordonner l'acquisition des nouvelles technologies, éventuellement en assurant le partage des équipements et à la fois entre les provinces et à l'intérieur de ces dernières; 3) chercher des méthodes susceptibles de modérer le recours aux technologies "banales" qui contribuent de manière disproportionnée aux coûts globaux.

Lors d'une conférence tenue en 1984 sur le système de santé canadien, la question de la technologie fut abordée par MM. R. Battista, R. Spasoff et W. Spitzer, dans leur communication intitulée "Choices of Technique : Patterns of

Diffusion of Medical Practices". Certes, le thème central de cet exposé concernait le processus de diffusion des techniques médicales, mais les auteurs en profitèrent aussi pour formuler certaines observations au sujet de la technologie, notamment les suivantes : la diffusion des nouvelles techniques se produit souvent sans évaluation détaillée de leurs effets sur les résultats au chapitre de la santé; la promotion des nouvelles techniques par l'entreprise privée influe considérablement sur le choix des pourvoyeurs de services de santé quand vient le moment d'adopter de nouvelles techniques; il est très rare que les procédures médicales fassent l'objet d'une évaluation détaillée, sur les plans de l'efficacité et de la rentabilité, avant leur diffusion générale; et l'on a constaté un recours croissant aux technologies "banales", phénomène qui peut être attribué à un certain mépris des coûts de la part des médecins.

Le professeur Evans s'est lui aussi penché sur ces questions et il est parvenu à la conclusion que ce n'est pas nécessairement la technologie en tant que telle qui entraîne l'augmentation des coûts des soins médicaux. De fait, la nouvelle technologie pourrait souvent déboucher sur des réductions des coûts; si ceux-ci augmentent, c'est parce que la nouvelle technologie vient simplement s'ajouter à la technologie existante, sans la remplacer. En outre, à mesure que la nouvelle technologie fait la preuve de son efficacité, et surtout à mesure que sa disponibilité augmente, on lui trouve un nombre croissant de nouvelles applications, dans des domaines où son efficacité est de plus en plus douteuse.

Opinions des provinces

Dans l'ensemble, les provinces conviennent de la nécessité d'évaluer l'efficacité et la rentabilité de la technologie de pointe; elles reconnaissent en outre qu'il faut analyser et évaluer les procédures médicales non reliées à ces nouvelles techniques. De plus, les coûts de l'équipement et du personnel sont une source d'inquiétude, et certaines provinces se demandent s'il ne serait pas possible de les modérer en confiant certains services au secteur privé. Finalement, l'intégralité et l'accessibilité des services sont aussi des sujets de préoccupation.

LA MAIN-D'OEUVRE SANITAIRE

Énoncé du problème

L'importance et la répartition de la main-d'oeuvre sanitaire constitue actuellement l'un des problèmes du réseau canadien de services de santé. Les médecins, en raison de leur rôle primordial, sont au centre de la question. On pourrait discuter longtemps du nombre de médecins que "veut" la société canadienne, et du nombre dont elle "a besoin", mais il est maintenant clairement établi qu'il existe une forte corrélation entre le nombre de médecins disponibles et le coût total des services de santé. Grâce aux mécanismes de contingentement et de rémunération à l'acte, les médecins exercent une influence profonde sur tout le système de santé. Par conséquent, les deux problèmes fondamentaux qui se posent à leur sujet sont les suivants :

Le nombre de médecins. Combien de médecins le Canada devrait-il former ou accepter d'accueillir par le truchement de l'immigration? Si on décide que l'offre est excédentaire ou déficitaire, quels sont les mécanismes susceptibles d'y remédier? De qui en relève la compétence? Qui doit prendre l'initiative?

La répartition des médecins. Quel que soit le nombre de médecins disponibles, des problèmes se posent quant à leur répartition par spécialité et par région urbaine ou rurale. Dans quelle mesure peut-on avoir recours à des mesures incitatives pour favoriser une représentation adéquate des médecins dans toutes les spécialités et dans toutes les régions? Quelles seraient les mesures incitatives les plus appropriées pour obtenir des résultats concrets? Finalement, comme dans le cas précédent, qui a le mandat d'agir dans ce domaine, c'est-à-dire d'analyser le problème et d'adopter des mesures?

En ce qui concerne les autres catégories de main-d'oeuvre sanitaire et les paraprofessionnels de la santé, ces problèmes d'offre et de répartition sont également importants, mais trois autres doivent aussi être pris en considération :

La formation jusqu'au baccalauréat. L'un des objectifs retenus par la profession des sciences infirmières est d'obtenir que tous les nouveaux membres

de la profession aient une formation du niveau du baccalauréat d'ici à l'an 2001. S'il est adopté, cet objectif aura des conséquences sérieuses pour les programmes de formation des universités et des collèges, et pour les budgets des hôpitaux.

Rémunération à l'acte. Bon nombre de paraprofessionnels réclament un système de rémunération à l'acte semblable à celui des médecins. S'ils l'obtiennent, cela aura des conséquences importantes sur les coûts des services de santé, et modifiera sensiblement la manière dont les services sont fournis.

L'application et l'administration des lois sur la santé. Les professionnels de la santé sont de plus en plus nombreux à réclamer et à obtenir un "champ de pratique" exclusif, par le truchement des lois provinciales. Cependant, ces lois ont des conséquences financières sur le plan des besoins en personnel (exigeant par exemple une proportion donnée d'aides infirmières, d'infirmières adjointes et d'infirmières agréées) et des besoins en formation (c'est-à-dire la prolifération des groupes ayant chacun des exigences croissantes en matière de formation).

Études antérieures

Dans son rapport de 1980 intitulé "Le programme de santé national et provincial du Canada pour les années 1980", l'honorable Emmett Hall abordait la question du nombre de médecins disponibles et de ce que ces derniers considèrent comme un revenu "raisonnable". À son avis, il est indispensable de résoudre le dilemme relatif au nombre de médecins, si l'on veut éviter l'aggravation des conflits entre les médecins et les organismes de réglementation provinciaux au sujet des honoraires. Pour ce faire, il recommandait aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux d'entreprendre et de financer une enquête sur la main-d'oeuvre médicale, en collaboration avec l'Association médicale canadienne (AMC). Il recommandait par ailleurs que les responsables de l'enquête accordent une attention spéciale aux pénuries constatées dans certaines spécialités et dans certaines régions.

De fait, le gouvernement fédéral a déjà examiné le problème du nombre de médecins disponibles au Canada en collaboration avec les provinces. En effet, vers la fin de 1982, la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des

sous-ministres de la Santé a confié à un Comité consultatif fédéral-provincial-territorial de la main-d'oeuvre sanitaire le soin d'entreprendre une telle étude, à court terme. Dans le rapport préliminaire qu'il a publié en 1985, le comité conclut qu'une comparaison de l'offre et de la demande de médecins en 1980 et en l'an 2000 révèle l'existence d'un excédent global de 2.2 % (soit 828 médecins) en 1980, qui devrait passer à 12 % (5,982) en l'an 2000. De plus, cet excédent devrait surtout se faire sentir dans les secteurs de la pratique générale et des spécialités médicales, alors que des pénuries devraient apparaître dans le secteur des spécialités de chirurgie et de laboratoire. Le comité mentionnait également que ces prévisions relatives au nombre excédentaire de médecins étaient en fait très modérées, car, dans ses calculs, il n'avait pas intégré aux moyennes de 1979-1982 l'augmentation des inscriptions dans les écoles de médecine du Canada.

Par conséquent, le comité formula 11 recommandations, dont une diminution du nombre annuel de médecins immigrants "sélectionnés", une diminution du nombre de médecins formés à l'étranger et autorisés chaque année à venir travailler au Canada, une diminution du nombre de médecins travaillant au Canada grâce à des visas temporaires, une diminution du nombre annuel de généralistes diplômés des écoles canadiennes, une augmentation du nombre de places pour des études supérieures en chirurgie et en travaux de laboratoire, une diminution du nombre de spécialistes formés par les écoles supérieures du Canada, et une diminution du nombre d'inscriptions dans les écoles canadiennes de médecine à partir de 1985. Il recommandait aussi que l'on rationalise le nombre de postes de stagiaires destinés à la formation de spécialistes, notamment en tenant compte des besoins régionaux eu égard aux pénuries (ou excédents) d'aujourd'hui et de demain, et que les responsables fédéraux et provinciaux recherchent des méthodes susceptibles d'assurer le retour dans leur pays d'origine des stagiaires entrés au Canada avec un visa. Finalement, il proposait que l'on prenne des mesures efficaces pour garantir que les médecins ne s'établissent que dans les régions où existe un besoin évident de services médicaux.

Opinions des provinces

Certaines provinces se plaignent d'une pénurie dans certaines spécialités, et de la pénurie de généralistes dans les régions éloignées. Toutefois, la plupart s'inquiètent aussi de l'excédent global du nombre de médecins. Plusieurs

s'efforcent de contrôler cet excédent en limitant l'entrée dans certaines spécialités et l'accès à la structure tarifaire de l'assurance-maladie. D'autres ont instauré des plafonds trimestriels pour les revenus. Finalement, certaines ont fait état de problèmes dans le secteur des paiements interprovinciaux pour les services de médecins, et d'autres examinent la solution du salariat.

L'UTILISATION DES SERVICES

Énoncé du problème

L'augmentation des coûts de la santé suscite l'inquiétude de toutes les parties impliquées dans le système de santé. Nous nous sommes par conséquent efforcés d'examiner les divers éléments contribuant aux augmentations de coûts, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de personnes âgées, le recours croissant à la technologie, et la question de la main-d'oeuvre sanitaire. Il convient cependant d'envisager aussi un quatrième facteur, à savoir le taux d'utilisation des services.

- Tel que le système existe actuellement, les particuliers attendent les services les plus modernes et les plus coûteux. De plus, certains réclament que ces services leur soient fournis à l'intérieur d'un secteur géographique très limité, et sur demande. Ces pressions contribuent à l'augmentation des coûts des services de santé.

- Avec le mécanisme actuel de rémunération à l'acte, les médecins ne sont aucunement incités à utiliser les services de la manière la plus rentable possible. En outre, l'incitation à maximiser les revenus est une source de coûts pour l'ensemble du système.

- Les collectivités essaient d'obtenir les meilleurs équipements et ressources pour leurs résidants, ce qui ce qui contribue à l'augmentation des coûts.

Études antérieures

En 1985, Denis Roch, Robert Evans et David Pascoe ont publié un rapport sur la médecine au Manitoba intitulé "Manitoba and Medicare, 1971 to the Present". Ils y examinent la situation des services offerts par les médecins et par les établissements à Winnipeg et à Brandon, et

concluent que la pratique médicale a profondément changé au cours de la décennie. Malgré une augmentation de 25 % du nombre de médecins et une stagnation de la population, on n'a constaté aucune différence sensible en ce qui concerne la moyenne des sommes facturées par les médecins entre 1971-1972 et 1980-1982 (après redressement des chiffres pour tenir compte des augmentations de tarifs). Les auteurs de l'étude sont donc parvenus à la conclusion que le système de santé ne semble pas disposer de mécanismes inhérents de rééquilibrage qui permettraient de faire baisser, ou en tout cas de contenir, le total des dépenses médicales réelles lorsqu'augmente le nombre relatif de médecins par rapport à la population.

Opinions des provinces

Les provinces sont préoccupées par l'accès totalement libre aux services de santé. Certaines ont instauré des frais modérateurs pour les services reçus en établissements, alors que d'autres envisagent de les appliquer en cas de mauvaise utilisation des services par rapport aux besoins (par exemple, visite à un service d'urgence au lieu de consultation du médecin de famille). La plupart des provinces s'inquiètent également de l'utilisation des épreuves de diagnostic, et s'efforcent de les rationaliser. Certaines tentent par ailleurs de rationaliser l'accès aux établissements fournissant des soins de santé complémentaires, en établissant des modes d'accès uniques au système, par exemple les soins à la maison.

LA PRIVATISATION

Énoncé du problème

La privatisation consiste à offrir au secteur privé la possibilité de participer au système traditionnel de gestion et de financement du réseau de services de santé par le secteur public de façon à le compléter. Le problème qui se pose à ce sujet est donc de définir le rôle (c'est-à-dire la nature et l'ampleur) de la privatisation dans le système de santé canadien. Plus précisément, il s'agit de formuler les objectifs que l'on veut atteindre par ce moyen (par exemple, accroître la rentabilité, trouver des fonds supplémentaires, stimuler la concurrence), et comment y parvenir.

Voici les secteurs susceptibles de se prêter à la privatisation :

Le financement des services et des installations. Il s'agirait ici d'obtenir l'injection de fonds du secteur privé dans le système, par exemple au moyen de la surfacturation et de frais modérateurs pour les services des hôpitaux. Le recours à de telles pratiques se justifierait pour obliger le patient à assumer au moins une partie des coûts d'utilisation des services. En ce qui concerne les hôpitaux, l'Association canadienne des hôpitaux estime que les hôpitaux canadiens, grâce à leurs groupes associés et à des fondations, rassemblent chaque année des centaines de millions de dollars (300 millions en 1984) en s'adressant à des organismes philanthropiques. De plus, des sociétés privées pourraient offrir des prêts ou fournir du capital de risque.

La propriété des installations. La gamme des méthodes existant à cet égard va de la propriété publique, dans le secteur hospitalier, à un mélange de divers types de propriété privée à but lucratif et sans but lucratif, dans le secteur des établissements de soins à long terme. La propriété privée se justifie par le fait que les entreprises privées ont accès à d'autres sources de financement et offrent des compétences particulières en matière de gestion.

La gestion de certains éléments du système. Il s'agirait ici de confier à des sociétés privées la gestion, sous contrat, de certains services des hôpitaux (par exemple, les services d'alimentation ou de buanderie), voire d'hôpitaux complets. Par ailleurs, des éléments des systèmes provinciaux de gestion des services de santé pourraient aussi être confiés à des sociétés de gestion privées, sous contrat. Le recours à l'impartition se fonde sur le fait que l'on estime que la rentabilité des sociétés privées est supérieure et que l'on s'efforce de réduire les coûts et les effectifs de certains secteurs du réseau public.

La prestation de services. Cela existe déjà, dans une grande mesure (par exemple, pour les services des médecins, les soins à long terme, ou les services offerts à la maison).

Études antérieures

Selon les conclusions d'une étude réalisée en juin 1985 pour le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, la privatisation du réseau des services de santé n'est pas très populaire parmi les pourvoyeurs ou consommateurs de services, mais l'intervention du secteur privé serait néanmoins acceptable, à condition qu'elle soit limitée. Les auteurs de cette étude ont également constaté qu'il y a beaucoup à faire pour renforcer et revitaliser les mécanismes actuels de gestion des établissements de santé, sans en modifier la nature profonde. Ils en sont aussi venus à la conclusion que ce sont les pressions économiques qui poussent les participants à envisager des changements raisonnables, ce qui nous donne maintenant l'occasion de tenter certaines expériences quant aux techniques canadiennes de prestation des services médicaux.

Dans un document de travail préparé en septembre 1985, et intitulé "Privatiser les hôpitaux", le département de la recherche-développement de l'Association canadienne des hôpitaux concluait que la privatisation n'était en soi ni un bien ni un mal. C'est en fonction des objectifs visés et des méthodes utilisées que l'on pourra décider si elle est appropriée ou non.

Dans une étude réalisée en octobre 1985 pour SBSC et intitulée "Privatization in the Canadian Health Care System", G.L. Stoddard et R. Labelle, de l'Université McMaster, sont parvenus à la conclusion que le débat au sujet de la privatisation est essentiellement de nature idéologique plutôt que factuelle. Ils estiment qu'il serait bien préférable de consacrer nos efforts à l'analyse du rendement du système et aux méthodes susceptibles de l'améliorer. À leur avis, il serait tout à fait naïf de croire que l'on pourrait transformer le système canadien de santé de façon à en faire une série de marchés privés parfaitement concurrentiels, capables de déboucher facilement sur une production rentable et sur une répartition optimale des ressources. Les deux principaux arguments en faveur de la privatisation semblent être l'accès à de nouvelles sources de financement et l'amélioration de la gestion dans les établissements.

Opinions des provinces

Dans certaines régions, la privatisation semble être purement et simplement une question philosophique. Toutefois, dans la plupart, les aspects pratiques du problème ne sont pas négligés. Certaines provinces sont prêtes à assumer les pénalités imposées par la Loi canadienne sur la santé (LCS), car elles estiment que les bienfaits des frais supplémentaires facturés aux clients sont supérieurs aux pertes résultant des pénalités. Certaines suivent également de très près les résultats du projet prévoyant la gestion de l'entreprise privée de l'hôpital général de Hawkesbury, où les déficits ont été remplacés par des excédents. Finalement, certaines étudient actuellement un système de gestion des diverses catégories de patients, appelées Diagnosis Related Groups (groupes de diagnostic), et qui représente en fait une structure d'analyse et d'évaluation des soins, modes de traitement et services offerts par les hôpitaux, dans le but ultime de modifier les structures de la pratique médicale. Une province s'efforce de contrôler par voie législative l'accès des médecins à la structure tarifaire de l'assurance-maladie.

SECTION 3
INDICATEURS DU SYSTÈME CANADIEN DE SERVICES DE SANTÉ ET DE L'ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

FACTEURS DÉMOGRAPHIQUES

Le 1er juin 1981, on comptait environ 2.5 millions de Canadiens de 65 ans et plus, et l'on prévoit qu'il y en aura 3.4 millions à la fin du siècle, soit une augmentation de 48 %. Près de 12 % des citoyens canadiens devraient avoir atteint l'âge de 65 ans d'ici à l'an 2000 (contre 9.7 % en 1981).

Parmi les personnes âgées, on prévoit une augmentation particulièrement rapide du nombre de personnes de 80 ans et plus. Il y en avait environ 436,000 en 1980, et l'on prévoit qu'il y en aura environ 777,000 à la fin du siècle, ce qui représente une augmentation de 75 %.

L'une des caractéristiques les plus remarquables de l'évolution de la population âgée du Canada est l'apparition d'un déséquilibre important et croissant entre les hommes et les femmes. Depuis 1961, les femmes sont prédominantes dans

ce groupe d'âge, et plus de la moitié des femmes canadiennes de 70 ans et plus sont veuves.

Les indices de dépendance donnent une idée du pourcentage de citoyenbs de moins de 17 ans et de 65 ans et plus par rapport à ceux de 17 à 65 ans (il s'agit en d'autres mots du rapport entre le nombre de citoyens économiquement "dépendants" et le nombre de citoyens économiquement "indépendants"). En 1985, l'indice de dépendance totale était de 58.6, et l'on prévoit qu'il diminuera jusqu'à 52.6 en l'an 2006. Par contre, le ration de dépendance calculé pour les personnes âgées devrait augmenter de 18.8 à 25.2, et quatre provinces (le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique) devraient avoir des indices de dépendance des personnes âgées supérieurs à 25.

ÉTAT DE SANTÉ DES CANADIENS

L'espérance de vie moyenne des Canadiens est la plus élevée au monde, tant pour les hommes que pour les femmes. En 1982, l'espérance de vie à la naissance était de 71.9 années pour les hommes et de 79 années pour les femmes. Le Canada se caractérise aussi par la plus forte différence entre les espérances de vie de chaque sexe, soit 7.1 années.

Depuis 1951, les disparités régionales sur le plan des espérances de vie n'ont cessé de diminuer. Toutefois, l'écart entre les provinces ayant l'espérance de vie la plus élevée (l'Île-du-Prince-Édouard et la Colombie-Britannique) et celles ayant l'espérance de vie la plus faible (le Québec et la Nouvelle-Écosse) restait encore important en 1982, soit 1.9 année pour les hommes et 2.1 années pour les femmes.

L'espérance de vie est beaucoup plus élevée que la moyenne nationale dans les trois plus grandes villes du pays, et beaucoup plus faible dans les régions rurales. Il n'y a par contre aucune différence notable entre les diverses collectivités urbaines de moins d'un million d'habitants.

Aujourd'hui, les principales causes de décès des Canadiens sont fortement influencées par les risques reliés à l'environnement et au comportement. Ainsi, les accidents, les actes de violence et les suicides sont à l'origine de 55 % des décès des personnes entre 15 et 24 ans, et de 45 %

des décès des personnes entre 25 et 44 ans. En 1983, les maladies ischémiques du coeur constituaient encore la cause la plus importante de décès des hommes et des femmes de 25 à 74 ans. Toutefois, entre 1969 et 1983, le taux de mortalité comparatif pour les maladies ischémiques du coeur a baissé de 32.1 % pour les hommes et de 37 % pour les femmes. Pendant la même période, le taux de mortalité attribuable au cancer a augmenté de 6.4 % chez les hommes et diminué de 1.7 % chez les femmes.

UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Durant l'exercice financier 1977-1978, les patients canadiens ont passé plus de 51 millions de journées dans les hôpitaux publics, ce qui comprend plus de 5 millions de journées dans des établissements psychiatriques, soit une moyenne de 2.19 jours par habitant.

Le nombre de journées d'hospitalisation varie selon le sexe et l'âge. Ainsi, dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans, le taux est deux fois plus élevé pour les femmes que pour les hommes, ce qui s'explique en grande partie par les grossesses. Dans le groupe des 45 à 64 ans, le taux est beaucoup plus élevé pour les hommes, car ceux-ci ont beaucoup plus tendance que les femmes à souffrir de maladies cardiaques. En ce qui concerne les hommes et les femmes de plus de 65 ans, leur taux d'utilisation des hôpitaux est de 824 jours par 100 habitants.

La durée de séjour à l'hôpital varie également beaucoup d'un groupe d'âge à l'autre. Ainsi, la durée moyenne de séjour à l'hôpital est d'environ une semaine pour les personnes de moins de 44 ans, de 12.3 jours pour les personnes de 45 à 64 ans, et de près de 25 jours pour les personnes de 65 ans et plus.

En ce qui concerne les taux de congé des hôpitaux par millier d'habitants, ils sont en baisse constante depuis 1976. Cette année-là, il y avait 158.66 congés d'adultes et d'enfants par millier d'habitants, chiffre qui était tombé à 145.45 en 1983-1984. Ce déclin s'est manifesté dans toutes les provinces, sauf en Nouvelle-Écosse. Pendant la même période, le nombre de journées d'hospitalisation a augmenté. Ainsi, en 1976, il y avait 1954.71 journées d'hospitalisation d'adultes et d'enfants par millier d'habitants, chiffre qui avait atteint 1997.86 en 1983-1984. Cette augmentation du taux national est essentiellement attribuable au Québec. En ce qui concerne

les provinces de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario, du Manitoba, de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique, le taux de journées d'hospitalisation d'adultes et d'enfants par millier d'habitants a légèrement diminué.

Pour l'exercice financier 1983-1984, il y a eu environ 145 millions de consultations et de visites médicales dans les dix provinces, soit en moyenne six par habitant. Le taux de visites chez le médecin était considérablement plus élevé dans le centre du pays, ce qui peut s'expliquer par l'existence d'un taux plus élevé de médecins par habitant, d'où des services plus accessibles. Durant la même année, il y a eu en moyenne 193 opérations chirurgicales par millier d'habitants, c'est-à-dire 100 opérations mineures, 71 opérations majeures, et 22 interventions obstétriques.

L'Enquête Santé Canada réalisée en 1978-1979 avait révélé que 76 % des Canadiens consultent un médecin au moins une fois par année. Bon nombre visitent cependant leur médecin plus souvent, puisque 25 % avaient signalé entre trois et neuf consultations, et 9 % en avaient signalé 10 ou plus.

RESSOURCES DU SYSTÈME DE SANTÉ

Il y a longtemps que l'on étudie au Canada le nombre de médecins disponibles, ainsi que leur répartition, les besoins en cette matière, et les coûts correspondants. De 1961 à 1984, le nombre de médecins civils actifs (excluant les internes et les résidents) a augmenté de 130 %, passant de 18,462 à 42,400. Pendant la même période, la population du Canada n'a augmenté que de 39 %, ce qui signifie que le nombre d'habitants par médecin a diminué de 995 à 596. Si les tendances actuelles se maintiennent, l'accroissement du nombre de médecins continuera à être supérieur à celui de la population.

En 1984, des différences importantes pouvaient être constatées quant à la répartition provinciale des médecins civils actifs (c'est-à-dire en excluant les internes et les résidents). La Nouvelle-Écosse, le Québec, l'Ontario, le Manitoba et la Colombie-Britannique connaissaient un ratio relativement faible d'habitants par médecin (moins de 610). Par contre, les ratios de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick étaient comparativement élevés, atteignant respectivement 818 et 830. En Ontario, le ratio enregistré en 1977 (incluant les internes et les résidents) montraient

des variations considérables, allant de 1,450 dans les collectivités de moins de 10,000 habitants à 874 dans les collectivités comptant entre 10,000 et 24,999 habitants. En contrepartie, le ratio de 522 enregistré dans les centres de 500,000 habitants ou plus reflète la préférence des médecins pour les grandes villes.

Le nombre de dentistes actifs au Canada a augmenté de 50 % entre juin 1969 et juin 1978, ce qui est considérablement supérieur au taux de croissance de la population pendant la même période, soit 13 %. En 1978, le Canada disposait de 44 dentistes pour 100,000 habitants, mais le ratio variait considérablement d'une province à l'autre. Ainsi, Terre-Neuve avait le ratio le plus faible, soit 20 pour 100,000, et la Colombie-Britannique en avait plus de trois fois plus, soit 62 pour 100,000.

Les infirmières représentent environ les deux tiers de toute la main-d'oeuvre sanitaire du pays. Le nombre d'infirmières agréées travaillant dans ce domaine a augmenté de 55 % entre 1970 et 1978, passant de 104,258 à 161,125, alors que la population canadienne n'augmentait pendant la même période que de 10 %. En 1978, le ratio d'infirmières par 100,000 habitants était de 683, et variait de 555 en Colombie-Britannique à 793 en Alberta. La majorité des infirmières travaillent dans les hôpitaux et les autres établissements de santé. De 1970 à 1978, le pourcentage d'infirmières travaillant dans les hôpitaux est resté relativement stable, puisqu'il est passé de 82 % à seulement 84,7 %.

En 1983-1984, le Canada disposait en tout de 1,206 hôpitaux publics généraux, ce qui représente un nombre de lits approuvés (pour adultes et pour enfants) de 6.58 par millier d'habitants. Ce taux variait d'une province à l'autre, passant d'un maximum de 8.08 au Québec à un minimum de 5.35 à Terre-Neuve (1.98 dans les Territoires du Nord-Ouest). On a constaté une légère tendance à la baisse depuis 1976 pour ce qui est du nombre de lits approuvés par millier d'habitants, puisqu'il était alors de 6.75 pour l'ensemble du pays.

LES GROUPES CIBLES PRIORITAIRES

Les personnes âgées

Le nombre de personnes âgées augmentera considérablement au cours de la prochaine décennie; or, il s'agit d'un groupe de citoyens qui a un taux d'utilisation des services de santé relativement élevé.

Les autochtones

On prévoit que la population autochtone continuera de croître plus rapidement que la population dans son ensemble. Son état de santé est sensiblement moins bon.

Le taux de décès des Indiens reste bien supérieur à la moyenne nationale, malgré une certaine amélioration ces dernières années. Ainsi, pour tous les groupes d'âge (sauf pour les personnes de plus de 65 ans, où le taux de la population indienne n'est que légèrement supérieur au taux national), les taux de décès des Indiens sont de deux à quatre fois supérieurs à la moyenne nationale.

Les personnes handicapées

Le nombre de personnes handicapées au Canada varie selon la définition du terme, la méthode utilisée pour la collecte de données et l'objectif de cette dernière, l'interprétation que l'on fait des données, et la période envisagée.

Selon l'Enquête Santé Canada, 12 % des Canadiens souffrent d'une forme ou d'une autre de handicap, ce terme étant défini comme une restriction quelconque imposée à l'activité normale d'un individu, à cause de sa mauvaise santé. Le pourcentage d'invalidité augmente avec l'âge, passant de 3 % pour tous les enfants à 11 % pour tous les adultes d'âge actif, et à 30 % pour tous les Canadiens âgés de 65 ans et plus. Si l'on mesure les degrés de limitation, on peut dire que 2 % de la population souffrent d'un grave handicap, et que la gravité du handicap tend à augmenter avec l'âge. Finalement, les troubles mentaux sont fréquents et plus nombreux parmi les groupes ayant les niveaux de revenus et de scolarité les plus bas.

LES COÛTS DE LA SANTÉ

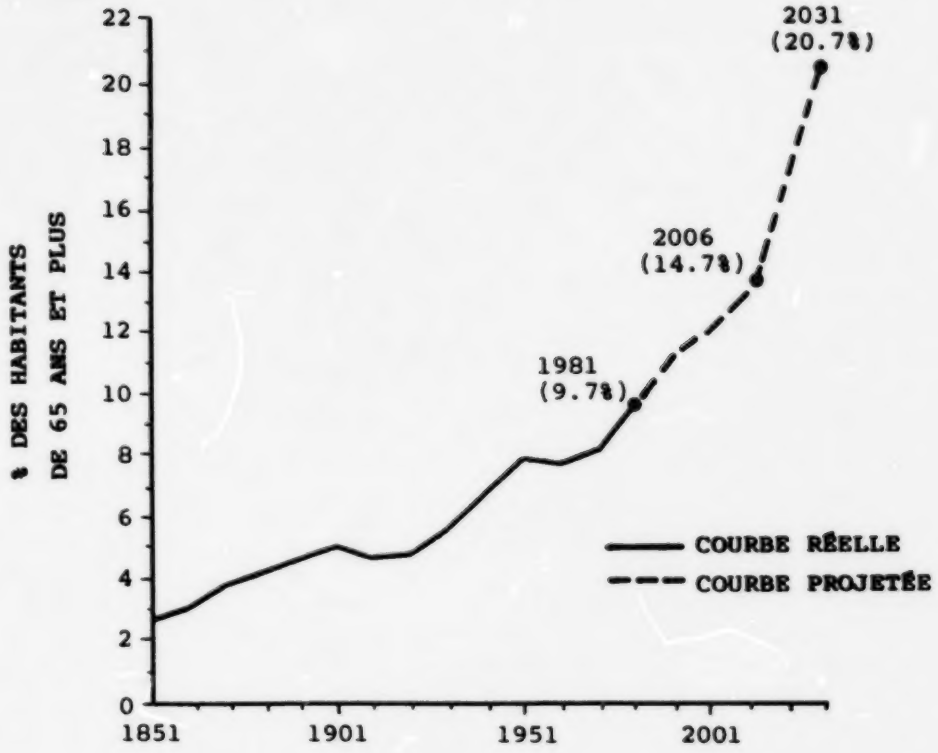
La facture globale des services de santé au Canada, comprenant aussi bien les dépenses du secteur public que celles du secteur privé, s'élevait à environ 36 milliards de dollars en 1984. Le secteur privé représentait environ 25 % de cette somme. Les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et des autorités locales se chiffrent maintenant à près de 1,000 $ par habitant.

Au cours des six dernières années, les coûts provinciaux ont plus que doublé, passant de 12.5 milliards de dollars en 1978-1979 à environ 26.1 milliards en 1984-1985. Pendant la même période, la hausse globale du coût de la vie, mesurée par l'indice des prix à la consommation, a été de 65 %.

On a également constaté au cours des années une augmentation de la part de l'activité économique globale attribuable aux dépenses de santé. Ainsi, les dépenses (publiques et privées) de santé représentaient 7.3 % du PNB en 1970, 7.6 % en 1981, et 8.4 % en 1982. On estime généralement que l'augmentation brutale de ce pourcentage en 1982 résultait moins de l'augmentation des dépenses de santé que du fléchissement de l'activité économique, puisqu'il s'agissait alors d'une année de récession. Toutefois, certains économistes prévoient que les chiffres définitifs de 1983 et de 1984 confirmeront que le pourcentage se maintient autour de ce nouveau plateau de 8 %, atteint en 1982.

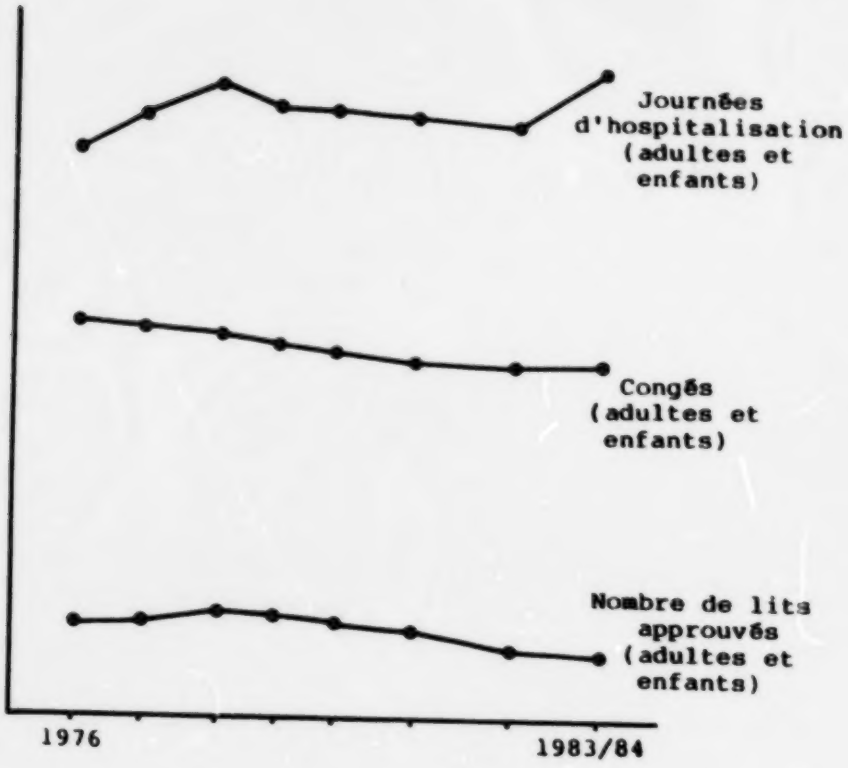
En ce qui concerne la part du PNB consacrée aux dépenses de santé, le pourcentage canadien est plus élevé que la moyenne des autres pays de l'OCDE. Il était ainsi de 7.6 % en 1981, comparativement à une moyenne de 7.3 % pour l'OCDE. Les chiffres correspondants sont de 7.5 % en Australie (1980), 6.9 % en Suisse (1980), et 6.7 % au Royaume-Uni. Par contre, ce pourcentage atteignait 9.7 % aux États-Unis, 8.3 % en Suède (1980), et 8.1 % au Danemark (1979). Étant donné qu'au Canada le pourcentage est soudainement passé à 8.4 % en 1982, il se peut fort bien que le Canada occupe aujourd'hui une place plus élevée dans ce classement international.

POURCENTAGE DES PERSONNES ÂGÉES DANS LA POPULATION CANADIENNE, 1851-2031



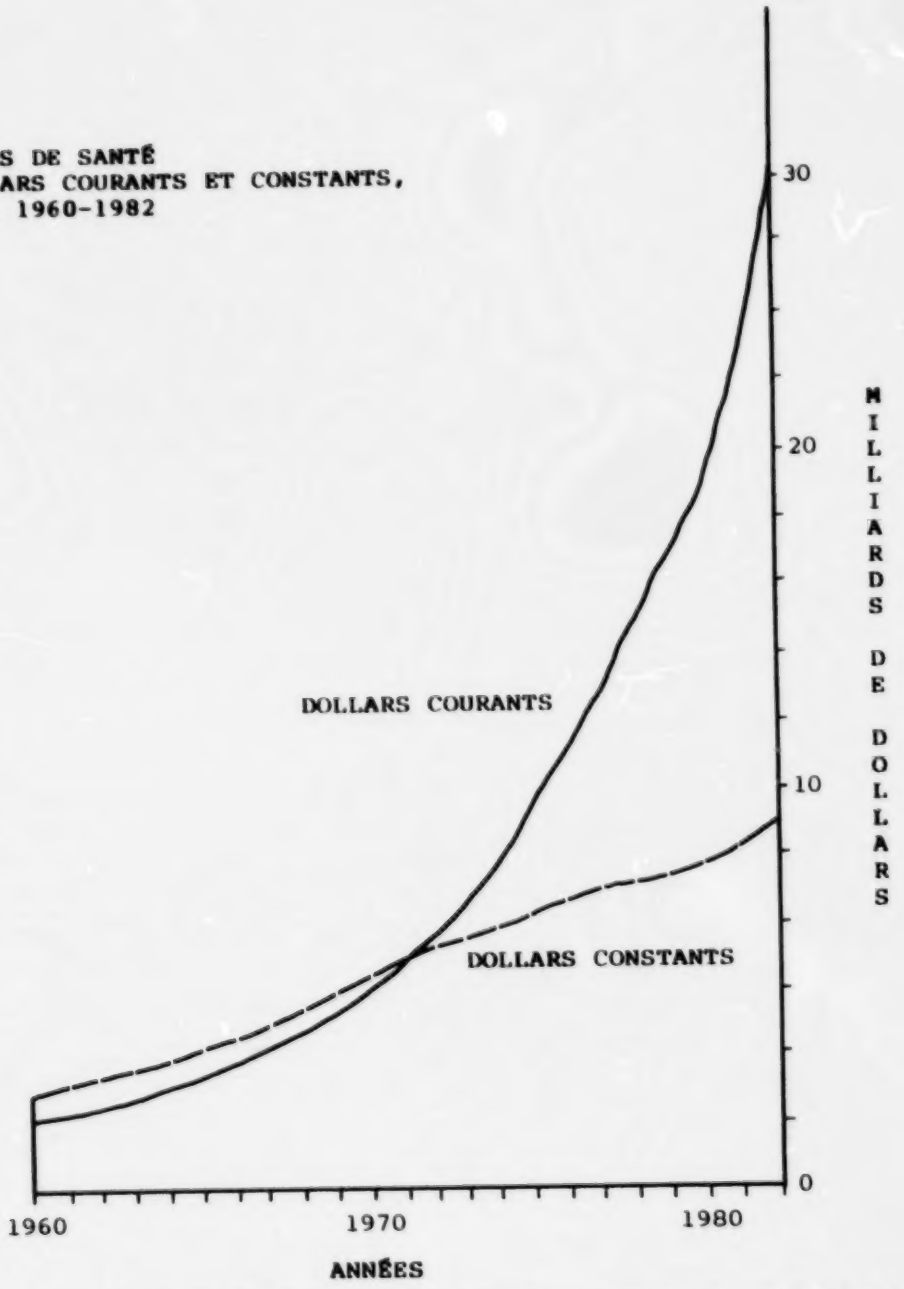
Source : Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information

TAUX D'UTILISATION DES HÔPITAUX PAR MILLIER D'HABITANTS, CANADA, 1976-1984



Source : Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information

DÉPENSES DE SANTÉ
EN DOLLARS COURANTS ET CONSTANTS,
CANADA, 1960-1982



Source : Santé et Bien-être social Canada, Direction générale de la politique, de la planification et de l'information

L'ÉVOLUTION DES RELATIONS FÉDÉRALES-PROVINCIALES

SECTION 1
INTRODUCTION

Le Groupe d'étude juge important de brosser un tableau général de la Loi canadienne sur la santé (LCS), de la Loi sur le financement des programmes établis, ainsi que du système de santé au Canada. Il est également d'avis que le gouvernement fédéral doit adopter une optique à long terme dans ce domaine.

Les parties du présent rapport portant sur le Financement des programmes établis (FPE) et la LCS, que l'on trouvera plus loin, donnent plus de détails sur ces programmes fédéraux et présentent des observations sur les principaux facteurs à prendre en considération lors de leur évaluation.

Les régimes publics de santé ont maintenant une longue tradition au Canada, tradition qui, de l'avis des Canadiens, est marquée au coin du succès. Ce système a connu une évolution naturelle qui lui a permis de rester efficace et adapté au contexte canadien. Après avoir vu le jour en Colombie-Britannique et en Saskatchewan à la fin des années 1940 et au début des années 1950, ce système est devenu un régime national en 1957 avec la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques. Il a ensuite franchi une nouvelle étape avec l'adoption de la Loi sur les soins médicaux en 1967 et peut maintenant être qualifié de système "parvenu à maturité", en ce qui concerne les services hospitaliers et médicaux ainsi que l'expérimentation de techniques et de méthodes de prestation nouvelles.

Au cours de la même période, la médecine a réalisé des progrès remarquables. Des méthodes et des traitements que l'on n'aurait même pas imaginés dans les années 1950 ou 1960 se développent à un rythme toujours plus rapide. Les technologies sur lesquelles reposent le système de santé et les mécanismes de financement en 1985 n'offrent plus grande -- si ce n'est aucune -- ressemblance avec celles qui étaient en place quand les premiers programmes nationaux d'assurance-maladie furent élaborés.

Sur le plan des relations intergouvernementales, la question clé est de déterminer le rôle que le gouvernement fédéral doit jouer à l'avenir dans les secteurs de la santé

qui relèvent des provinces, plus précisément quant à l'assurance-maladie -- et, partant, de définir la forme et l'importance de la participation financière fédérale. Un survol des changements survenus, à savoir le passage du partage des frais à parts égales au financement global, illustre bien les efforts déployés par les gouvernements pour adapter les mécanismes de financement à l'évolution du système de prestation des soins de santé. Ces transformations ne se sont pas faites sans heurts, et le Groupe d'étude a la conviction que les tensions peuvent être imputées, du moins en partie, au fait que le régime de santé et les mécanismes de financement n'ont pas évolué parallèlement.

Du point de vue surtout des provinces, mais aussi du gouvernement fédéral, les principales questions à régler sont les suivantes :

- La hausse accélérée du coût des traitements qui, depuis une dizaine d'années, augmente plus vite que les indicateurs économiques.

- L'évolution inverse des recettes publiques qui augmentent moins vite que les coûts du système.

- L'imprécision des conditions ou critères fondamentaux sur lesquels repose la loi fédérale de l'assurance-maladie, à savoir l'universalité, l'accessibilité, la transférabilité, l'intégralité et la gestion publique.

- Les difficultés très réelles que pose la gestion d'un système où les attentes du public semblent ne pas connaître de limite et où l'accès des prestations aux fonds publics est à certains égards incontrôlé.

- Compte tenu des facteurs précédents, la façon dont on pourrait passer à des modes plus économiques de prestation des services tout en respectant les critères nationaux.

Maintenant, du point de vue surtout du gouvernement fédéral, mais aussi des provinces, les principales questions semblent être les suivantes :

- La nécessité, dans l'intérêt national, d'assurer la conformité du régime actuel aux cinq grands critères déjà mentionnés.

- La nécessité de limiter d'une façon quelconque les obligations financières du gouvernement fédéral en raison de son important déficit.

- La nécessité de s'attaquer plus directement aux questions de prévention des maladies, de promotion de la santé et de sensibilisation des citoyens à la prise en charge de leur santé.

Dans ce contexte, le Groupe d'étude estime qu'il faut aussi se pencher sur les points suivants :

- La nécessité d'aligner, dans l'actuel système de "soins de maladie", responsabilités, pouvoirs et obligation de rendre compte. À l'heure actuelle, les provinces ont l'entière responsabilité de la gestion, le pouvoir d'engendrer les coûts et l'obligation d'en rendre compte, tandis que le gouvernement fédéral a une importante responsabilité sur le plan du financement et dispose d'un pouvoir considérable, en vertu de la LCS, pour ce qui est de la conception générale de chaque régime provincial.

- Le besoin impératif d'atténuer les conflits entre les deux ordres de gouvernement dans le domaine de la santé.

- La nécessité de prendre acte et de tenir compte de l'évolution du système et de celle du financement direct, afin qu'il n'y ait pas d'opposition entre les deux.

C'est à la lumière de toutes ces considérations, et de la ferme conviction du Groupe d'étude que les questions relatives au FPE et à la LCS sont inextricablement liées, que le présent document évoque la possibilité de nouvelles orientations.

SECTION 2
UNE QUESTION DE CHOIX FONDAMENTAL

Les options possibles à l'égard du FPE et de la LCS sont les suivantes :

- l'option de l'évolution, dans laquelle on définirait et l'on établirait entre les deux ordres de

gouvernement une nouvelle relation, mieux adaptée à la situation;

- l'option du renversement de la tendance du FPE, par laquelle on essaierait, dans les accords fiscaux, de revenir à la formule initiale de partage des frais à parts égales, avec toutes les conséquences que cela aurait;

- le statu quo, qui consisterait à conserver toutes les caractéristiques actuelles du FPE et de la LCS.

OPTION DE L'ÉVOLUTION

Selon cette option, le gouvernement fédéral continuerait de consacrer à l'assurance-maladie une contribution en espèces suffisante pour que le ministre de la Santé ait -- et soit considéré comme tel par le Parlement et les provinces -- un rôle important et légitime à jouer dans le domaine de la santé à l'échelle nationale.

Sous réserve de la condition précédente, une partie appréciable du FPE deviendrait inconditionnelle et ne serait plus rattachée à la santé et à l'enseignement postsecondaire. Dans la mesure du possible, la partie du FPE qui est versée en espèces serait convertie en points d'impôts sur le revenu supplémentaires pour les provinces.

On élaborerait des ententes fédérales-provinciales qui :

- définiraient de manière plus précise les normes ou critères nationaux concernant les services d'assurance-maladie qui doivent être fournis par les provinces; et

- établiraient un mécanisme de surveillance pour veiller au respect de ces normes.

On modifierait la LCS en conséquence afin d'éliminer les mesures d'exécution et les autres dispositions inutiles. Une nouvelle loi ou une modification de la LCS serait nécessaire pour permettre au ministre de conclure les ententes envisagées.

Cette option vise à réduire les frictions entre les deux ordres de gouvernement en matière de financement et de compétence, ainsi qu'à permettre une collaboration

fructueuse sur les questions auxquelles doit faire face le système de santé au Canada.

Avantages

Le ministre fédéral de la Santé continuerait à avoir un rôle à jouer dans le domaine de la santé à l'échelle nationale.

La séparation du FPE et de la "santé", ainsi que l'adoption d'une approche coopérative pour assurer le maintien du régime national d'assurance-maladie, élimineraient nombre des points de friction actuels et favoriseraient donc l'instauration d'un climat propice à l'examen de toutes les questions de santé revêtant une dimension nationale et intergouvernementale.

Le gouvernement fédéral offrirait moins de prise aux accusations provinciales d'ingérence et d'entorse à la Constitution.

Les provinces seraient davantage responsables envers la population de la gestion et de la rentabilité de leurs programmes de santé.

Les éléments de rigidité crées par la LCS seraient éliminés, et l'aménagement des programmes ne serait plus entravé -- comme il l'est peut-être à l'heure actuelle -- par la controverse sur l'emploi que les provinces font des transferts fédéraux "au titre de la santé".

Le gouvernement fédéral disposerait de plus d'énergie et de latitude pour s'occuper des priorités nationales en matière de santé.

Du point de vue des provinces, plus grand serait l'espace fiscal mis à leur disposition dans le cadre du FPE, moins elles seraient exposées aux effets des restrictions fédérales.

Inconvénients

Le retrait total du gouvernement fédéral du financement des services provinciaux de santé risquerait de diminuer l'influence que le ministre de la Santé peut exercer sur ses homologues provinciaux.

Le public ou les milieux politiques pourraient avoir l'impression que le gouvernement fédéral abandonne son rôle sur le plan de la supervision et du financement du régime national d'assurance-maladie.

OPTION DU RENVERSEMENT DE LA TENDANCE

Selon cette option, le système permettrait de revenir à une forme quelconque de partage des frais des régimes provinciaux d'assurance-maladie; par exemple, le gouvernement fédéral prendrait à sa charge une partie des dépenses "admissibles" ou verserait aux provinces des transferts calculés selon le nombre d'habitants, et qui augmenteraient en fonction du taux national d'accroissement des dépenses "admissibles".

Avantages

Cette option permettrait peut-être d'accroître les ressources consacrées aux programmes provinciaux de santé (à mesure que les dépenses admissibles augmenteraient).

Cette option pourrait avoir la faveur des ministres fédéral et provinciaux de la Santé qui désirent que les budgets de la santé se voient accorder plus d'importance dans l'attribution des fonds publics.

Cette option permettrait peut-être au ministre fédéral de la Santé d'influer davantage sur les programmes provinciaux.

Inconvénients

On retrouverait tous les défauts des accords antérieurs de partage des frais, c'est-à-dire les accusations d'ingérence, la rigidification des programmes, les contestations au sujet de l'établissement des coûts et la nécessité d'obtenir des états vérifiés des dépenses admissibles, etc.

Le rôle du gouvernement fédéral évoluerait en sens inverse de la direction qu'il a prise jusqu'ici, et le trésor fédéral deviendrait plus vulnérable aux augmentations de coûts.

Les gouvernements (ministres des Finances) provinciaux pourraient voir cette option d'un mauvais oeil, car elle tendrait à restreindre leur liberté d'action en matière budgétaire, en particulier dans le domaine de la santé.

OPTION DU STATU QUO

Aucun changement ne serait apporté au FPE. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social continuerait à faire preuve du même esprit de coopération et de souplesse dans l'application de la LCS ainsi que dans les discussions bilatérales tenues afin de régler les divers problèmes.

Avantages

Cette option maintiendrait l'importante contribution financière du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé.

Elle permettrait d'améliorer quelque peu les relations fédérales-provinciales, dans la mesure où le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social continuerait de faire preuve de souplesse et amorcerait des pourparlers en vue de l'adoption d'une meilleure stratégie de collaboration à long terme concernant les questions de santé.

Le trésor fédéral continuerait à ne pas être directement touché par les augmentations des dépenses de santé.

Inconvénients

Le FPE, avec ses transferts "au titre de la santé", continuerait d'alimenter la controverse sur la "part fédérale" des dépenses. Cette option risquerait de nuire aux chances de règlement conjoint des questions de santé.

Il subsisterait toujours la possibilité que le ministre de la Santé national et du Bien-être social se trouve obligé, vu les exigences sur le plan des comptes à rendre au Parlement et les autres dispositions de la LCS, d'adopter une attitude plus rigide, ce qui aggraverait les tensions entre Ottawa et les provinces.

Les provinces ne seraient toujours pas rassurées sur la stabilité future des transferts au titre de la santé versés dans le cadre du FPE.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage l'option de l'évolution non seulement parce que c'est celle qui permet le mieux de résoudre les questions soulevées, mais aussi parce qu'il juge cette évolution inévitable, au moins au cours des dix prochaines années. Mieux vaudrait que cette évolution soit le fruit d'un processus délibéré et intégré que d'une réaction à la suite de diverses crises.

SECTION 3
MISE EN OEUVRE DE L'OPTION RECOMMANDÉE

Le Groupe d'étude est d'avis que, pour mettre en oeuvre l'option de l'évolution du régime et de son mode de financement, il faut définir clairement les principes essentiels en fonction desquels le gouvernement fédéral est disposé à envisager des changements. Ces principes sont les suivants :

- Les cinq conditions fondamentales du régime de santé au canada à savoir l'accessiblité, l'universalité, l'intégralité, la transférabilité et la gestion publique -- doivent être respectées et, dans l'intérêt national, le gouvernement fédéral a le droit et le devoir d'exercer une surveillance en cette matière.

- Il faut conserver, au moins dans sa forme actuelle, le principe de l'équité fiscale entre provinces (qui participe de l'essence même de la nation canadienne) à l'égard de ces programmes sociaux.

- Le gouvernement fédéral a un important rôle directeur à jouer en toute légitimité dans les domaines de la promotion de la santé, des stratégies de prévention des maladies et de la sensibilisation des Canadiens à la prise en charge de leur santé.

Supposant ces principes admis, le Groupe d'étude a entrepris de définir les mécanismes qui permettraient de faire évoluer les relations fédérales-provinciales tout en assurant le respect de ces principes. Les sections qui

suivent présentent les réflexions du Groupe d'étude sur les points qui pourraient former la base de pourparlers entre les gouvernements au cours des quelques prochaines années.

LE RESPECT DES CINQ CONDITIONS

À l'heure actuelle, la possibilité, pour le gouvernement fédéral, de faire respecter par les provinces les cinq conditions du régime de santé du Canada dépend beaucoup de sa capacité de "pénaliser" monétairement les provinces. Le Groupe d'étude estime que, dans un programme social parvenu à maturité et dans l'intérêt du fédéralisme coopératif, ce mécanisme n'est pas toujours approprié, ni nécessaire. En premier lieu, la province qui transgresserait de manière délibérée ces conditions fondamentales ne tarderait sûrement pas à être rappelée à l'ordre par sa propre opinion publique et son électorat; en cette ère de "militantisme social", il s'agit là d'une première ligne de défense non négligeable. En second lieu, la persuasion morale, en particulier lorsqu'elle s'applique à un programme social parvenu à maturité et universellement accepté, peut être très efficace, tout comme les interventions du gouvernement fédéral. En troisième lieu, le gouvernement fédéral aura toujours le pouvoir d'obliger par la loi une province récalcitrante à se conformer aux conditions si cela est absolument nécessaire -- et, en pareil cas, les autres provinces pourraient exercer de fortes pressions sur la délinquante. Enfin, il y a la possibilité que les provinces s'engagent officiellement au début des négociations proposées à assurer le maintien d'un système de santé national de base qui soit viable.

Pour pouvoir faire respecter ces cinq conditions, le gouvernement fédéral doit être en mesure de suivre continuellement l'évolution des programmes provinciaux. Divers mécanismes de surveillance sont possibles dont, notamment, les suivants :

- Examiner les rapports produits périodiquement par les provinces conformément aux ententes conclues.

- Étudier les critiques formulées dans les médias et par les citoyens.

- Établir auprès du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social un secrétariat restreint, mais puissant qui serait chargé de suivre et d'analyser les changements qui surviennent dans les programmes

provinciaux, ainsi que de conseiller le ministre à ce sujet. Ce secrétariat pourrait aussi permettre aux gouvernements d'échanger des renseignements sur les expériences ou les changements prometteurs.

- Créer un organisme autonome, dans le genre du Conseil économique du Canada, qui pourrait avoir pour mission de rendre compte de l'état du régime national de santé au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social. Le Groupe d'étude est particulièrement séduit par l'idée de la création d'un Conseil de la santé du Canada. Un tel organisme, qui serait indépendant du gouvernement et serait formé de Canadiens éminents appuyés par un secrétariat regroupant un petit nombre d'experts, pourrait se révéler extrêmement utile non seulement comme organisme de surveillance, mais aussi comme centre d'analyse et d'élaboration de nouvelles formules de prestation des services, de même que comme catalyseur pour la sensibilisation des Canadiens à la prise en charge de leur santé, grâce à des activités d'éducation publique portant sur le régime de santé au Canada. L'un des principes auxquels le Groupe d'étude est le plus attaché, si l'idée d'un conseil de ce genre suscite un certain intérêt, est que la composition de ce conseil ne devrait pas être établie de manière à représenter de façon précise les éléments clés de l'actuel système.

Les formules qui viennent d'être décrites représentent des mécanismes qui permettraient au ministre de suivre l'évolution du régime de santé afin de protéger les intérêts du pays; cette liste ne se prétend pas exhaustive, et il existe certainement d'autres possibilités.

LE MAINTIEN DE L'ÉQUITÉ INTERPROVINCIALE

Le Groupe d'étude a examiné plusieurs formules possibles pour se rapprocher de l'objectif à long terme. Le maintien de l'équité interprovinciale a été un facteur important dans tout cet examen.

Par exemple, l'étude d'une option dans laquelle les transferts versés dans le cadre du FPE prendraient entièrement la forme de points d'impôt a permis de conclure que des paiements de rajustement en espèces, sous une forme ou une autre, resteraient nécessaires pour éviter des pertes appréciables aux provinces les moins riches.

Nous avons déjà exprimé notre préférence pour une modification des accords fiscaux fédéraux-provinciaux. Peu importe les dispositions qui pourraient finalement être négociées, le Groupe d'étude est convaincu qu'il faut protéger l'équité interprovinciale, tout comme il est persuadé de la nécessité d'établir un nouveau type de relation, dans lequel le gouvernement qui contrôlerait les dépenses de santé devrait clairement assumer les responsabilités correspondantes et veiller à réunir les recettes nécessaires.

Le Groupe d'étude propose que des négociations entre les provinces et le gouvernement fédéral soient amorcées le plus tôt possible au niveau ministériel dans le but notamment de redéfinir les accords fiscaux dans le domaine de la santé de manière à obtenir un meilleur alignement des facteurs fondamentaux de la gestion que sont les responsabilités, les pouvoirs et l'obligation de rendre compte.

PROMOTION ET PRÉVENTION

À son stade actuel d'évolution, notre système de "soins de maladie" a atteint la maturité et s'est affirmé comme régime social national. La plupart des observateurs conviennent cependant qu'on y privilégie le traitement de la maladie au lieu de s'attaquer à certaines de ses causes fondamentales; on travaille alors dans une optique à court terme, et l'utilisation des ressources perd de son efficacité.

Ainsi, les pressions exercées par les organismes et les groupes s'occupant de la prestation des services, de même que les conflits économiques bien réels auxquels ont été exposées les provinces, ont fait oublier l'objectif fondamental, à savoir la promotion de la santé. C'est d'ailleurs le gouvernement fédéral qui, ces dernières années, a le plus travaillé à l'avancement de cette cause.

Le Groupe d'étude présente dans d'autres sections de ce rapport des propositions précises dans le domaine de la promotion de la santé, lesquelles exigent la participation des provinces. Chose capitale cependant, il souligne le devoir qui incombe au gouvernement fédéral de jouer un rôle prépondérant dans toute campagne visant à légitimer les changements de mode de vie, la promotion de la santé, la prévention de la maladie et, en particulier, la diffusion du principe selon lequel chaque Canadien a la charge de sa propre santé et doit faire preuve d'un grand sens des responsabilités dans l'utilisation du système de santé.

PROCESSUS DE CHANGEMENT

La stratégie exposée précédemment repose fondamentalement sur la nécessité pour le gouvernement fédéral de faire preuve d'un fort leadership sur le plan politique afin d'amorcer et de mener à bonne fin les négociations requises pour l'établissement des nouvelles relations nécessaires de façon à progresser dans la direction indiquée. Le Groupe d'étude est d'avis que le gouvernement fédéral doit mener les négociations avec discernement, afin de parvenir à un consensus. Cette responsabilité ne saurait être déléguée.

Ces négociations en vue d'une nouvelle orientation devraient commencer le plus tôt possible, car il n'est guère réaliste d'escompter des changements appréciables, notamment dans le domaine des accords fiscaux, dans un laps de temps inférieur à cinq ans.

Aussi faudra-t-il prévoir une période de transition d'environ cinq ans.

LA PÉRIODE DE TRANSITION : 1987-1992

Il faudra un certain temps pour passer de la situation actuelle au rôle envisagé à long terme pour le gouvernement fédéral. Des consultations intenses avec les provinces ainsi qu'entre les ministres fédéraux de la Santé et des Finances seront nécessaires. Le cadre fourni par la négociation quinquennale des accords fiscaux permettrait d'orchestrer les diverses étapes de cette transition. Ces négociations commencent tout juste; elles se termineront vers la fin de 1986, et établiront les accords quinquennaux qui seront appliqués de 1987 à 1992. À supposer que les propositions pour ce qui est de l'orientation à long terme soient acceptées, le Groupe d'étude est d'avis que certains changements au FPE et à d'autres activités fédérales-provinciales du domaine de la santé pourraient entrer en vigueur par exemple le 1er avril 1987; le ministre de la Santé pourrait alors, au cours des cinq années suivantes, s'efforcer de parvenir à une entente sur une réorientation à long terme.

Au cours de cette période de cinq ans, il faudrait tenir compte des besoins suivants :

- la stabilité du financement;
- le déficit fédéral;
- la souplesse et la possibilité de compromis;
- l'aide aux expériences nouvelles.

En conséquence, le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de recourir aux dispositions suivantes pour régir les relations fédérales-provinciales dans le domaine de la santé jusqu'en 1992.

- Supprimer la répartition du FPE entre la santé et l'enseignement postsecondaire ou, à défaut, procéder à cette répartition d'une manière plus réaliste.

- Fixer les dispositions du FPE, sous réserve des changements indiqués précédemment, pour une période de cinq ans au moyen d'une modification de la loi, ratifiée de préférence par une entente fédérale-provinciale. Cela signifie qu'aucun changement ne serait apporté sans le consentement des provinces.

- Charger le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'entamer des pourparlers bilatéraux avec les provinces afin d'élaborer conjointement une méthode souple pour résoudre les problèmes posés par la Loi canadienne sur la santé (LCS).

- Faire preuve de souplesse dans l'interprétation de la loi :

  le ministre pourrait être accommodant au sujet du délai accordé aux provinces pour satisfaire aux exigences en matière de transférabilité;

  le ministre pourrait accepter de réduire au minimum les exigences en matière de production de renseignements stipulées dans la loi.

- Fournir une aide financière aux provinces pour une ou plusieurs des fins suivantes (en partageant les frais ou autrement) :

  des projets de soins de santé communautaires (comme le mentionnait le Discours du trône);

  des projets d'investissement visant à répondre aux besoins en matière de soins de santé des personnes âgées; et

  des mécanismes de rechange pour la prestation de soins de santé d'une manière économique.

Avantages

La fixation à cinq ans de la durée du FPE est plus conforme à l'intention exprimée initialement en 1977, selon laquelle le FPE devait être un mécanisme permanent. (Entre 1977 et 1982, les accords ont en fait été bloqués pour cinq ans en raison du délai de préavis de trois ans imposé au gouvernement fédéral pour mettre fin aux accords et de la nécessité d'obtenir le consentement des provinces avant de procéder à des changements au cours des deux premières années.)

Grâce à cette option, les provinces pourraient de nouveau compter sur un financement stable au chapitre de la santé et de l'enseignement postsecondaire.

L'élimination de la répartition du FPE prévue dans la loi rétablirait clairement le caractère global du FPE, c'est-à-dire que ce dernier est versé à la fois pour la santé et pour l'enseignement postsecondaire, plutôt que de permettre que chaque domaine donne lieu à des transferts distincts. Ce retour au véritable financement global serait un pas de franchi vers la séparation du FPE et de la santé.

La suppression de la répartition du FPE entre la santé et l'enseignement postsecondaire ferait disparaître les statistiques auxquelles on peut avoir facilement accès et qui servent actuellement de munitions dans le débat fastidieux sur la part respective de chaque ordre de gouvernement dans le financement de ces secteurs.

Si la suppression de cette répartition était inacceptable, une ventilation en fonction des priorités actuelles de dépense des provinces dans ces deux secteurs serait à tout le moins plus réaliste.

Une interprétation plus progressiste de la LCS donnerait plus de latitude aux provinces pour faire face aux pressions qu'elles subissent dans le domaine des coûts de santé et allégerait les contraintes administratives imposées aux deux paliers de gouvernement.

Une aide fédérale ponctuelle favoriserait la mise au point de solutions de rechange aux soins hospitaliers.

Les trois éléments de cette option (le FPE, la LCS et le financement ponctuel), pris ensemble, contribueraient sensiblement à éliminer les points de friction entre les deux ordres de gouvernement, améliorant ainsi le climat des négociations en vue d'une nouvelle stratégie à long terme pour l'examen des questions et des solutions possibles.

Inconvénients

Du point du vue du ministère fédéral des Finances, la fixation du FPE pour cinq ans limite la marge de manoeuvre du gouvernement fédéral en soustrayant ces transferts aux restrictions actuelles.

L'élimination de la répartition du FPE compliquerait la tâche des ministres fédéraux qui doivent rendre compte au Parlement de l'efficacité avec laquelle les fonds du FPE sont employés.

Une application plus souple des dispositions de la LCS pourrait être considérée par certains comme un recul du gouvernement fédéral par rapport à son engagement de préserver l'assurance-maladie.

Les circonstances pourraient amener le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social à adopter une attitude plus rigide dans l'application de la LCS, ce qui nuirait aux relations fédérales-provinciales (dans le domaine de la santé).

LE FINANCEMENT DES PROGRAMMES ÉTABLIS TRANSFERT DE POINTS FISCAUX-SANTÉ (Santé et Bien-être Social Canada)

OBJECTIF[1]

Transférer des ressources financières aux provinces dans le but principal d'assurer le maintien de régimes provinciaux d'assurance-maladie qui répondent à certains critères fédéraux ou nationaux ainsi qu'à d'autres conditions -- ces critères et conditions étant établis dans la Loi canadienne sur la santé (LCS) de 1984.

Il importe également dans cet examen de tenir compte d'autres objectifs énoncés par le gouvernement fédéral lors de la négociation du FPE en 1976, à savoir :

a. le gouvernement fédéral doit continuer à assumer une part appréciable des dépenses des régimes;

b. les transferts devraient être plus égaux entre les diverses provinces, c'est-à-dire qu'ils doivent être uniformes par habitant au lieu d'être variables comme dans les ententes à frais partagés;

c. le financement doit être plus stable (tant pour le gouvernement fédéral que pour les provinces) grâce à des accords plus permanents;

d. les provinces doivent être libres d'utiliser les fonds comme elles l'entendent dans les domaines de la santé et de l'enseignement postsecondaire (EP);

e. il faut maintenir un dialogue permanent sur les questions d'orientation dans les domaines de la santé et de l'enseignement post-secondaire.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Toutes les provinces, tous les territoires et, par leur intermédiaire, presque tous les résidants canadiens.

---

1. Il s'agit pour l'essentiel des objectifs énoncés par le le gouvernement fédéral lorsque le FPE fut négocié en 1976. Le premier objectif s'inspire toutefois de la "raison d'être" de la Loi canadienne sur la santé.

DOCUMENTS HABILITANTS

La partie VI de la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé, telle que modifiée.

La Loi canadienne sur la santé (LCS) de 1984.

RESSOURCES

Les transferts du FPE sont administrés par le ministre des Finances (calcul des transferts) et le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social (vérification du respect des conditions et versement des contributions en espèces au titre de la LCS). (Voir la section consacrée à l'administration de la LCS qui figure un peu plus loin dans le document).

Les transferts du FPE au titre de la santé sont estimés pour 1985-1986 à 11.2 milliards de dollars au total, soit 6.7 milliards de dollars de contributions en espèces et 4.6 milliards de dollars en points d'impôt.

DESCRIPTION

Modalités actuelles

Nature du FPE

Les accords de FPE prévoient le transfert de ressources fiscales (fédérales) -- transfert versé pour une partie en espèces et pour le reste en points d'impôt -- aux provinces[2] afin de les aider à fournir des services de santé et d'enseignement postsecondaire.

Valeur totale des transferts de FPE

La valeur totale des transferts dans le cadre du FPE auxquels chaque province a droit au titre de la santé et de l'enseignement postsecondaire est calculée de la manière suivante :

---

2. Dans le présent document, le terme "provinces" englobe également le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest.

Santé

a. Moyenne nationale, en 1975-1976, des contributions fédérales par habitant au titre de l'assurance-hospitalisation et de l'assurance-maladie (144.25 $), augmentée chaque année du taux de croissance de l'économie (moyenne mobile sur 3 ans du PNB par habitant) (ce qui donne 401 $ par habitant en 1985-1986);

plus

b. 20 $ par habitant au titre des services complémentaires de santé en 1977-1978, rajustés de la même façon qu'en a. (ce qui donne 43 $ par habitant en 1985-1986)
(= 444 $ au total par habitant en 1985-1986)

multiplié par

c. la population de la province.

Enseignement postsecondaire (EP)

a. Moyenne nationale, en 1975-1976, des contributions fédérales par habitant au titre de l'enseignement postsecondaire (68.31 $), rajustée chaque année de la façon exposée précédemment, sauf pour 1983-1984 et 1984-1985, années pendant lesquelles la croissance de l'EP par habitant a été limitée à 6 % et à 5 % respectivement dans le cadre du programme fédéral de restrictions (ce qui donne 179 $ par habitant en 1985-1986);

multiplié par

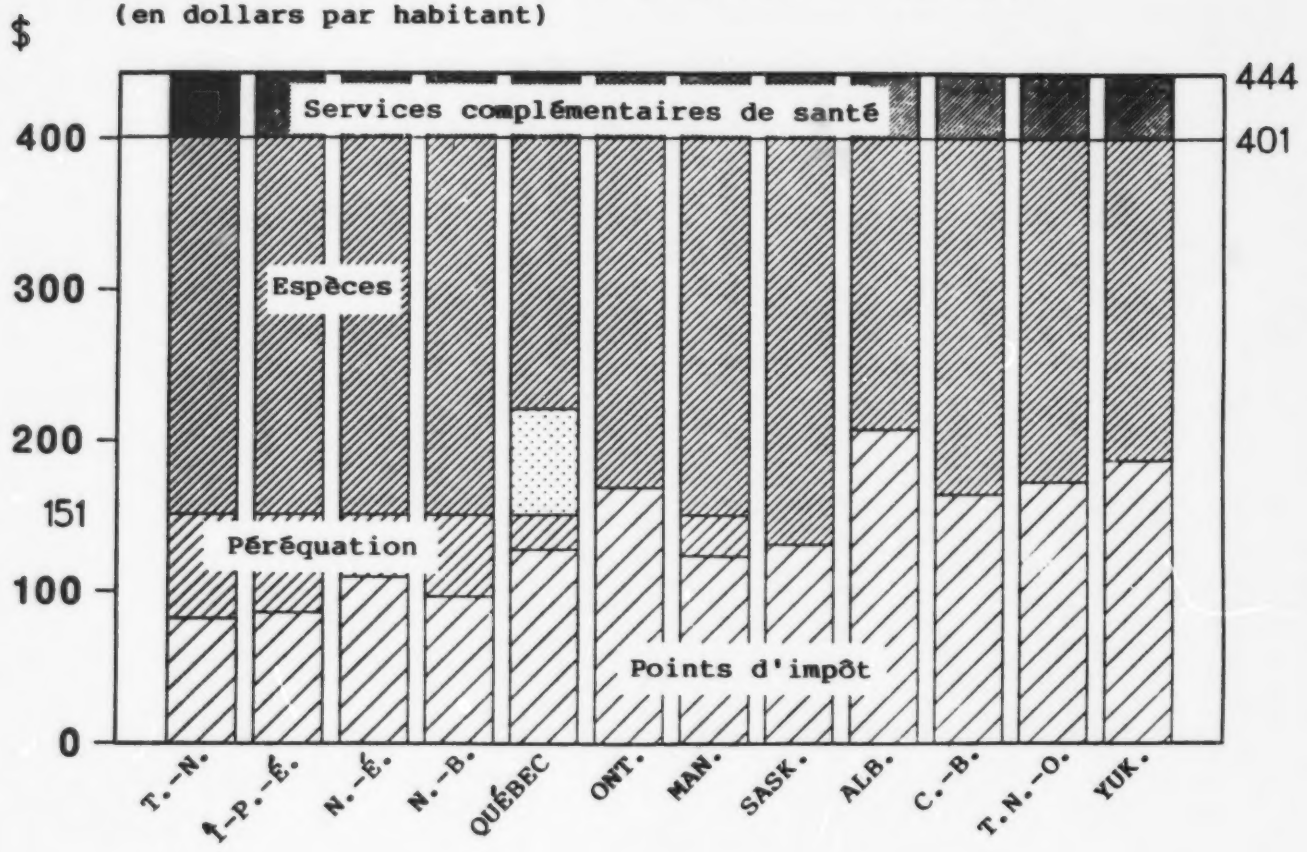
b. la population de la province.

Calcul des contributions en espèces du FPE

Les contributions en espèces (ou paiements) sont égales au total des droits de chaque province en matière de FPE (calculés de la manière exposée ci-dessus), moins la valeur des points d'impôt transférés.

GRAPHIQUE 1

CONTRIBUTIONS DU FPE AU TITRE DE LA SANTÉ, 1985-1986
(en dollars par habitant)



Le graphique I illustre la ventilation entre les contributions en espèces et les points d'impôt du montant estimatif versé par habitant (444 $) en 1985-1986 au titre de la partie Santé du FPE. Le tableau qui suit présente la valeur estimative des transferts dans le cadre du FPE au titre de la santé sous forme de points d'impôt et de versements en espèces, ainsi qu'au total, pour chaque province et pour 1985-1986.

Valeur des transferts dans le cadre du FPE au titre de la santé en 1985-1986, par province (estimée en septembre 1985 à 444 $ par habitant)

	Contribution en espèces*	Valeur des points d'impôt transférés**	Total
		(milliers $)	
T.-N.	170,282	87,092	257,374
Î.-P.-É.	37,300	19,079	56,379
N.-É.	258,194	132,054	390,248
N.-B.	210,896	107,864	318,760
QUÉ.	1,475,521	1,441,427	2,116,948
ONT.	2,497,362	1,519,898	4,017,260
MAN.	313,616	160,400	474,016
SASK.	321,035	130,730	451,765
ALB.	561,656	478,870	1,040,526
C.-B.	811,275	470,223	1,281,498
T.N.-O.	13,633	8,928	22,561
YUKON	5,946	4,159	10,105
TOTAL	**6,676,716**	**4,560,724**	**11,237,440**

* Versée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

** Valeur des recettes fiscales fédérales transférées, augmentées de la péréquation associée à la partie Santé de l'abattement fiscal du FPE. Cette péréquation "associée" est comprise dans les paiements de péréquation versés par le ministre des Finances à six provinces bénéficiaires (T.-N., Î.-P.-É., N.-É., N.-B., Québec et Manitoba).

Conditions et pénalités applicables aux transferts fédéraux du FPE et au titre de la santé

La Loi canadienne sur la santé (LCS), sanctionnée en avril 1984, a remplacé la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. La LCS précise les conditions à respecter par les régimes provinciaux d'assurance-maladie pour bénéficier des transferts du FPE et prévoit des pénalités en cas de manquement. Aucune condition ni pénalité ne s'applique aux services complémentaires de santé relevant du FPE.

ÉVOLUTION DU FPE

Période antérieure au FPE

Les accords de FPE sont entrés en vigueur le 1er avril 1977. Ils remplaçaient les divers programmes à frais partagés que le gouvernement fédéral avaient mis sur pied avec les provinces pour l'hospitalisation (en 1957), les soins médicaux (en 1966) et l'enseignement postsecondaire (en 1967).

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social versait aux provinces des sommes en espèces[3] au titre de la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques (LAHSD) de la Loi sur les soins médicaux. Le Secrétaire d'État versait pour sa part des contributions en espèces au titre de l'enseignement postsecondaire (EP) aux termes de la Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le transfert relatif à l'enseignement postsecondaire revêtait aussi une forme différente puisqu'il consistait en un abattement de quatre points égalisés de l'impôt sur le revenu des particuliers et d'un point égalisé de l'impôt des sociétés, plus un rajustement en espèces.

Les contributions fédérales s'élevaient à environ la moitié du total des dépenses "admissibles", mais la part

---

3. Le Québec reçu une partie de sa compensation sous forme d'un transfert fiscal exécuté aux termes de la Loi de 1964 sur les programmes établis (arrangements provisoires)

fédérale était calculée de manière différente pour chacun de ces trois programmes à frais partagés.

- Assurance-hospitalisation : (25 % de la moyenne nationale des dépenses provinciales par habitant, plus
  25 % des dépenses par habitant de la province considérée) x (population);

- Soins médicaux : (50 % de la moyenne nationale des dépenses provinciales par habitant) x (population);

- Enseignement postsecondaire : 50 % des dépenses de fonctionnement des établissements d'enseignement postsecondaire de la province ou 15 $ par habitant en 1967 (somme rajustée chaque année en fonction du taux de croissance des dépenses nationales admissibles au titre de l'enseignement postsecondaire), le plus élevé des deux montants étant retenu.

Le programme d'assurance-hospitalisation était assorti de conditions précises, stipulées dans des ententes signées. Pour les soins médicaux, les provinces avaient à respecter uniquement à cinq conditions ou principes (gestion publique, intégralité, accessibilité, transférabilité des prestations et universalité). Aucune condition ne s'appliquait à l'enseignement postsecondaire. Cependant, dans les trois cas, les provinces recevaient des avances calculées d'après des estimations, mais le calcul définitif des contributions fédérales était fondé sur des états vérifiées des "dépenses admissibles" produits par les provinces ou les établissements.

Certaines provinces s'opposèrent au principe de l'utilisation du pouvoir fédéral de dépenser dans des domaines de compétence provinciale. En offrant de financer la moitié des dépenses à certaines conditions, le gouvernement fédéral, selon ces critiques, obligeait dans certains cas les provinces à mettre en oeuvre des programmes sociaux qu'elles ne jugaient pas justifiés ou qu'elles auraient réalisés selon des modalités différentes si elles n'avaient pas dû respecter les "conditions" fédérales.

Le Québec prit la tête de ce mouvement de contestation, réclamant des ententes de "non-participation" qui libéreraient les provinces des priorités imposées par le gouvernement fédéral.

Sous l'effet de ces pressions, le gouvernement fédéral se déclara en 1963 disposé à se retirer d'un certain nombre de programmes sociaux à frais partagés qui étaient "bien établis", sous réserve de certaines conditions. La Loi de 1964 sur les programmes établis (arrangements provisoires) devait fournir le cadre législatif nécessaire à la mise en oeuvre de cette proposition. Cette loi autorisait la "non-participation" moyennant le transfert de 20 points (égalisés)[4] de l'impôt sur le revenu des particuliers. La valeur de ces points d'impôt devait être augmentée d'un rajustement en espèces de manière que la compensation totale soit égale aux sommes que la province aurait reçues en espèces aux termes des ententes initiales de partage des frais. De plus, une province "non participante" devait se conformer à toutes les conditions et autres exigences contractuelles des programmes. Enfin, pour permettre au gouvernement fédéral d'établir le montant définitif des paiements de rajustement, les provinces devaient fournir un relevé détaillé de leurs dépenses. Québec fut la seule province à se prévaloir de cette offre.

En 1966, le gouvernement fédéral formula une autre proposition visant à dépasser le stade atteint avec la Loi sur les arrangements provisoires. Cette nouvelle offre[5], qui proposait des transferts fiscaux (plus un rajustement en espèces), visait aussi à couper le lien entre les dépenses provinciales et leurs droits de transfert, ainsi qu'à alléguer sensiblement les conditions des programmes. On envisageait des accords généraux portant sur la transférabilité des prestations et le maintien de normes nationales dans le domaine de la santé. Le Québec était intéressé, mais il aurait fallu que l'offre soit acceptée par toutes les provinces afin d'être élaborée dans tous ses détails et mise en oeuvre.

---

4. 14 pour l'assurance-hospitalisation, 4 pour les programmes de bien-être social, 1 pour la formation professionnelle et 1 pour les subventions nationales à la santé.

5. Assurance-hospitalisation, Régime d'assistance publique du Canada et partie maintenue des Subventions nationales à la santé.

Les négociations de 1966 aboutirent, entre autres choses, à la mise en place du transfert fiscal au titre de l'enseignement postsecondaire (EP), en vertu duquel le gouvernement fédéral partagait les dépenses de fonctionnement de l'enseignement postsecondaire et offrait une compensation composée de points d'impôt et de contribution en espèces[6].

Des propositions assez comparables furent formulées au début des années 1970, prévoyant dans un cas un transfert des taxes sur l'alcool et le tabac, mais la majorité des provinces jugèrent que la compensation offerte (la croissance future des transferts n'étant pas liée à l'augmentation des dépenses des programmes) ne valait pas le risque d'abandonner la formule de partage à parts égales.

À la fin des années 1960 et au début de la décennie suivante, les deux paliers de gouvernement devinrent de plus en plus préoccupés par la hausse rapide du coût des principaux programmes qu'ils financaient conjointement. Ce phénomène était dû en partie à la formule des contributions équivalentes qui favorisait, de par sa nature même, une hausse des coûts du fait que les provinces ne supportaient qu'une partie des nouvelles dépenses[7].

Les provinces furent pressées de faire preuve d'une plus grande rigueur dans la gestion de ces services. Elles rétorquèrent qu'elles faisaient déjà beaucoup, mais que leurs efforts étaient entravés par la rigidité des conditions de partage des frais applicables aux programmes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. L'obligation de produire des états comptables détaillés et vérifiés que comportaient ces programmes et les programmes d'enseignement postsecondaire se révélait également coûteuse et constituait une source constante de friction entre les deux paliers de gouvernement.

---

6. Quatre points égalisés de l'impôt sur le revenu des particuliers et 1 % du revenu imposable des sociétés.

7. En fait, seul l'enseignement postsecondaire était un véritable programme de partage des frais à parts égales dans chaque province, c'est-à-dire que la province recevait 50 cents pour chaque dollar dépensé. À l'origine, le programme de soins médicaux ne favorisait pas l'augmentation des dépenses, puisque les transferts étaient basés sur 50 % de la moyenne nationale des dépenses admissibles par habitant.

Pendant toute cette période, le Québec, l'Ontario et l'Alberta intensifièrent leurs pressions pour amener le gouvernement fédéral à se retirer de ce domaine. Simultanément, Ottawa prit un certain nombre de mesures pour atténuer l'effet de la hausse des dépenses provinciales sur ses propres contributions. En 1972, il établit un plafond de 15 % à ses transferts au titre de l'enseignement post-secondaire.

Puis, en 1975, alors que les négociations de 1976 sur les accords fiscaux pointaient à l'horizon, le gouvernement fédéral annonça un plafonnement graduel de ses transferts par habitant au titre de l'assurance-maladie -- 13 % en 1976-1977, 10.5 % en 1977-1978 et 8.5 % les années suivantes. Il annonça simultanément son intention de mettre fin au programme d'assurance-hospitalisation en 1980 c'est-à-dire à la date la plus raprochée permise par la loi.

Étant donné le mécontentement que le partage des frais causait aux deux paliers de gouvernement, tout laissait croire qu'une réforme de fond devrait naître des négociations de 1976.

Négociation des accords de FPE de 1976

Le projet d'accord fut déposé lors de la Conférence des premiers ministres de juin 1976, à l'occasion de laquelle le premier ministre du Canada de l'époque énonça les cinq principes sur lesquels devait reposer à l'avenir la participation financière du gouvernement fédéral au titre du financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire. Ces principes et les objectifs qui en découlent sont pour l'essentiel ceux qui ont été énoncés sous la rubrique "Objectif" au début de la présente analyse.

On proposait que la valeur totale des contributions fédérales par habitant au cours d'une année de base, en l'occurrence 1975-1976 (pour les trois programmes considérés), soit rajustée en fonction du taux de croissance du PNB par habitant (moyenne mobile sur trois ans) pour le calcul de la base nationale de la contribution par habitant de 1977-1978 et de chacun des exercices suivants. Un supplément de 20 $ par habitant était offert à partir de 1977-1978 pour faciliter le financement des services complémentaires de santé. Ce supplément devait lui aussi être rajusté en fonction du taux de croissance du PNB par habitant.

La contribution fédérale devait prendre la forme de versements en espèces et de points d'impôt cédés aux provinces (12.5 points de l'impôt sur le revenu des particuliers et un point de l'impôt des sociétés)[8].

Au cours des négociations, il fut convenu que les provinces qui recevaient des transferts par habitant inférieurs à la moyenne dans le cadre du partage des frais bénéficieraient d'un alignement graduel sur la moyenne nationale sur une période de trois ans. Par ailleurs, les provinces qui recevaient des contributions fédérales supérieures à la moyenne par habitant devaient voir ces contributions ramenées au niveau de la moyenne nationale par habitant sur une période de cinq ans.

Vers la fin des négociations, le transfert global au titre du FPE fut accru d'un point de l'impôt sur le revenu des particuliers et d'une somme équivalente en espèces, pour dédommager les provinces de l'arrêt des paiements de garantie de recettes -- paiements qui visaient à protéger les provinces contre les effets de la réforme de la fiscalité fédérale de 1972. Ce dédommagement incorporé au FPE au titre de la garantie de recettes représentait environ 40 % de ce que cette dernière aurait rapporté aux provinces. Celles-ci, en souscrivant aux accords de FPE, renonçaient également au partage des frais dans le cadre du régime d'assurance-hospitalisation, qui ne devait expirer qu'au milieu des années 1980.

Malgré les risques inhérents à une formule établie en fonction du PNB (et ne tenant pas compte de la hausse des dépenses), les provinces acceptèrent les nouvelles modalités qui leur donnaient plus de liberté pour rationaliser leur système de prestation par l'adoption de formules de rechange moins coûteuses, notamment dans le domaine de la santé. Le gouvernement fédéral, de son côté, trouvait dans le rattachement des transferts au rythme de croissance de l'économie le moyen d'établir de meilleures prévisions de ses dépenses. (Sa capacité de rendre compte au Parlement des contributions versées selon une formule de financement global devait cependant devenir un problème ultérieurement). Enfin, les deux paliers de gouvernement étaient débarrassés des lourdes exigences administratives que comportaient les méchanismes de partage des frais.

---

8. Les transferts fiscaux alors versés au titre de l'enseignement postsecondaire devaient être intégrés à ces totaux.

Les conditions détaillées reliées au régime d'assurance-hospitalisation devaient être remplacées par l'extension des cinq principes du régime d'assurance-maladie à l'ensemble du secteur de la santé grâce à une nouvelle loi fédérale. On envisageait aussi que les deux paliers de gouvernement tiendraient des discussions et élaboreraient ensemble les politiques revêtant une importance nationale dans le domaine de la santé et de l'enseignement postsecondaire.

Fonctionnement du FPE (1977-1978 à 1981-1982)

Les nouveaux accords de FPE ont permis d'atteindre pour l'essentiel les objectifs fixés par le gouvernement fédéral en 1976 -- sauf qu'aucun mécanisme n'avait été prévu pour permettre un dialogue permanent sur les questions d'orientation, notamment dans le domaine de l'enseignement postsecondaire.

Le gouvernement fédéral ne fit cependant pas adopter de nouvelle loi sur la santé. Ainsi, même si le pouvoir de calculer le transfert de FPE (y compris pour l'enseignement postsecondaire et les services complémentaires de santé) était fourni par la Loi de 1977 sur les accords fiscaux et le financement des programmes établis, l'autorisation d'effectuer les paiements requis dans le cadre de l'assurance-hospitalisation et des soins médicaux continuait à être accordée en vertu de la LAHSD et de la Loi sur les soins médicaux. Aussi les critères initiaux des programmes restèrent-ils en vigueur et le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social garda le pouvoir de retenir en totalité les paiements si les conditions imposées par le gouvernement fédéral n'étaient pas respectées.

Les provinces furent dans l'ensemble satisfaites des accords de FPE. Quant au gouvernement fédéral, "bien qu'il soit préoccupé par sa responsabilité devant le Parlement au titre des dépenses financières en bloc, il a pu prévoir avec plus de certitude ses contributions dans les domaines en question"[9].

---

9. Rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, août 1981, page 76.

Néanmoins, comme le gouvernement fédéral se trouva obligé de limiter ses propres dépenses, les transferts au titre du FPE (qui augmentaient au même rythme qu'un PNB artificiellement gonflé) devinrent un sujet de plus en plus préoccupant. Dans le cadre de son programme de restrictions, le gouvernement fédéral proposa en 1978 de réduire de deux points le facteur de progression du PNB, mais ne donna pas suite à ce projet.

Des préoccupations commencèrent également à être exprimées par l'opinion publique, les groupes d'intérêt et, par voie de conséquence, les milieux politiques fédéraux, au sujet du maintien de programmes satisfaisants d'assurance-maladie et de l'enseignement postsecondaire.

Certains "groupes d'intérêt" et politiciens fédéraux et provinciaux alléguèrent que les provinces ne faisaient pas leur part dans le financement de la santé et de l'enseignement postsecondaire, comme en témoignait la hausse de la contribution fédérale au financement de ces activités. Dans le domaine de la santé en particulier, le juge Hall examina les accusations selon lesquelles les provinces détournaient à d'autres fins les transferts en espèces fournis par le gouvernement fédéral pour la santé, et lava les provinces de tout blâme. En fait, vers 1979 ou 1980, l'écart entre la croissance des transferts dans le cadre du FPE et celle des dépenses provinciales s'était inversé dans les deux domaines.

Ces dossiers et d'autres questions touchant à tout le secteur des accords fiscaux furent examinés par un Groupe de travail parlementaire qui livra son rapport en 1981. Certaines des recommandations et des préoccupations de ce Groupe de travail, mais pas toutes, ont été retenues ou examinés pour les accords fiscaux de 1982-1983 et la nouvelle Loi canadienne sur la santé (LCS).

Modification des accords de FPE à compter de 1982-1983 et autres changements

En 1982, le gouvernement fédéral récupéra l'équivalent en espèces du dédommagement au titre de la garantie de recettes incorporé au FPE, ce qui lui permit de réaliser des économies évaluées à 6 milliards de dollars sur cinq années, c'est-à-dire jusqu'en 1986-1987.

En 1984, les transferts dans le cadre du FPE furent scindés dans la loi en deux éléments distincts : un pour la santé et un autre pour l'enseignement postsecondaire. Comme les transferts en espèces étaient attribués séparément aux deux domaines depuis les débuts du FPE, ce changement ne faisait qu'officialiser la ventilation du transfert total au titre du FPE.

La Loi canadienne sur la santé fut adoptée et entra en vigueur en avril 1984. Elle énonçait les conditions que devaient respecter les régimes provinciaux d'assurance-maladie pour avoir droit aux contributions en espèces du FPE. Des pénalités étaient aussi prévues en cas de manquement.

Les indicateurs de 6 et 5 % furent appliqués aux contributions versées par habitant au titre de l'enseignement postsecondaire, permettant au gouvernement fédéral d'économiser 104 millions de dollars en 1983-1984 et 247 millions de dollars en 1984-1985. L'abaissement permanent de la base des contribution par habitant ainsi obtenu permet au gouvernement fédéral de continuer d'économiser chaque année à ce poste.

ÉVALUATIONS

Le FPE n'a fait l'objet d'aucune évaluation officielle. Le rapport du Groupe de travail parlementaire sur le fédéralisme fiscal au Canada (rapport Breau) comportait cependant un examen des méchanismes du FPE.

OBSERVATIONS

Engagement financier pour le maintien des normes

Le maintien de normes ou de principes nationaux exige l'engagement de ressources suffisantes dans le domaine de la santé.

Cependant, lorsqu'on veut déterminer si le financement est suffisant, on se heurte à des problèmes complexes de mesure et au manque de précision des cinq normes ou principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé. Dans ces conditions, tout jugement sur le caractère plus que suffisant ou insuffisant du financement est en grande partie subjectif.

Cet état de choses ressort des conclusions de deux études consacrées récemment à l'allégation de "sous-financement". L'Association médicale canadienne, après avoir étudié le dossier, a conclu que les faits étaient contradictoires et peu concluants, de sorte qu'elle ne pouvait souscrire à la thèse voulant que le domaine de la santé en général souffre d'un financement insuffisant au Canada. Le Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces a conclu de son côté que les preuves ne permettaient pas de démontrer que le système souffrait d'un financement insuffisant.

Dans le cadre du FPE, le gouvernement fédéral s'est engagé à prendre en charge une part appréciable des dépenses des programmes provinciaux. La part du FPE affectée à la santé est actuellement égale à 40 % de l'ensemble des dépenses de santé des provinces, la proportion applicable à chaque province pouvant varier de 7 % en plus ou en moins par rapport à cette moyenne.

Au cours des dernières années, les contributions fédérales ont augmenté moins vite que les dépenses provinciales à cause des pressions qui s'exerçaient dans le système. Les provinces ont indiqué au Groupe d'étude qu'elles envisageaient pour l'avenir immédiat une hausse des dépenses dépassant de 4 ou 5 % le taux d'inflation, en raison de la nécessité de desservir une population vieillissante, de l'augmentation constante des taux d'utilisation des services et du coût croissant des techniques nouvelles.

Les provinces se plaignent d'être soumises à des tensions de deux ordres sur le plan financier. D'une part, elles ont dû s'adapter à la disparition du dédommagement de la garantie de recettes -- soit près de 6 milliards de dollars pour les cinq années se terminant en 1986-1987. D'autre part, la Loi canadienne sur la santé leur a imposé de nouvelles exigences et a limité leur marge de manoeuvre du côté des recettes. Par exemple, les dispositions en matière de transférabilité, en prévoyant le paiement des prestations selon le barème de la province d'accueil, accroissent les coûts de certaines provinces. Le recours au concept de "professionnels de la santé" dans la Loi aurait également soumis les provinces à des pressions visant à étendre les régimes d'assurance à de nouveaux services. Enfin, la Loi ne permet pas la tarification différentielle

des usagers, qui a pour but d'inciter les patients à opter pour des soins communautaires peu coûteux au lieu de se faire traiter à grands frais en établissement.

Égalité accrue des contributions par habitant

Le FPE a permis de verser aux provinces des contributions par habitant égales.

Les dispositions de nivellement applicables aux cinq premières années du FPE ont permis d'aligner graduellement les contributions par habitant pour neuf provinces. L'exception a été l'Alberta, qui, par le jeu de la formule, a bénéficié d'une prime par habitant grâce à une croissance supérieure à la moyenne de son impôt sur le revenu. Le "dividende fiscal" payé à l'Alberta a été éliminé en 1982, ce qui a permis de verser des transferts par habitant égaux à toutes les provinces.

Stabilité et permanence du financement

En rattachant les transferts à la croissance courante de l'économie plutôt qu'à celle des dépenses provinciales, le gouvernement fédéral est davantage en mesure d'établir des prévisions concernant ces transferts. Le FPE n'a pas jusqu'à maintenant constitué une source de financement stable pour les provinces.

Dans les deux années qui ont suivi l'instauration du FPE, le gouvernement fédéral a essayé, en vain, de réduire le facteur de progression des transferts. Des réductions sont intervenues en 1982-1983, avec l'élimination de la garantie de recettes, puis en 1984 avec le programme du 6 et 5 %, qui a eu pour effet de diminuer la part du FPE attribuée par le gouvernement fédéral à l'enseignement postsecondaire en 1983-1984 et en 1984-1985.

Souplesse

Depuis l'instauration du FPE, le gouvernement fédéral a pour usage de prescrire la répartition du FPE entre la santé et l'enseignement postsecondaire. Cette ventilation du FPE visait, à l'origine, à permettre le versement des contributions en espèces par l'intermédiaire du Secrétaire d'État et du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Cette répartition a régulièrement servi à déterminer la "part" fédérale des dépenses, pratique qui est contraire au principe de la séparation des transferts fédéraux et des dépenses provinciales dans le cadre du FPE.

Bien que les provinces puissent répartir les contributions fédérales comme bon leur semble aussi bien dans chacun des deux secteurs qu'entre ces derniers, elles ont souvent été accusées par Ottawa d'assumer une part insuffisante du financement, de détourner l'argent du FPE en faveur du réseau routier et de faire monter la "part" fédérale des dépenses.

On craint que la Loi canadienne sur la santé ne limite les possibilités des provinces pour ce qui est de l'étude des moyens de rendre le régime de santé plus efficace.

Étude conjointe des politiques

Les Comités consultatifs fédéraux-provinciaux ont été maintenus, mais ils se s'ont penchés surtout sur des questions relatives aux programmes et à des points techniques. Les questions de fond ont rarement été abordées, et les sous-ministres et ministres ne se sont rencontrés que sporadiquement -- à quelques exceptions près (par exemple, pour la politique canadienne en matière de sang et le personnel médical).

Pendant toute la période où la LCS a été élaborée, étudiée et adoptée, les questions de fond n'ont pas fait l'objet de discussions entre les deux paliers de gouvernement.

POINT DE VUE DES PROVINCES SUR LE FPE

Les provinces et territoires sont tous nettement en faveur du financement global dans le cadre du FPE, conformément aux principes énoncés en 1976 par le premier ministre d'alors. Ils n'ont cependant pas apprécié la Loi canadienne sur la santé et les réductions imposées par le passé au FPE.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage, avec la collaboration des provinces, de réorienter son rôle en s'intéressant moins aux programmes provinciaux à caractère curatif et davantage à la

prise en charge par chacun de sa santé grâce, notamment, à des habitudes de vie plus saines et à la prévention. Pour ce faire, il faudrait, entre autres choses, que le gouvernement fédéral réduise l'influence qu'il exerce sur le plan du financement ou de la gestion directe des régimes provinciaux à caractère curatif, et qu'il laisse dans toute la mesure du possible les provinces lever les fonds requis pour les régimes d'assurance-maladie et contrôler les dépenses en cette matière. Simultanément, il faudrait mettre en place, aux termes d'ententes conclues avec les provinces, un mécanisme de surveillance qui permettrait de garantir l'application de normes nationales de base dont on aurait convenu pour les services à offrir dans tout le pays.

D'après le Groupe d'étude, on pourrait établir ce régime sur une période de cinq ans en collaborant étroitement avec les provinces.

ASSURANCE-SANTÉ
ADMINISTRATION DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ DE 1984
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Objectifs de la Loi

L'article 3 de la Loi énonce ce qui suit :

"RAISON D'ÊTRE

La présente Loi a pour raison d'être d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province."

Note : on entend par "Loi de 1977" la Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé.

Autres objectifs (administratifs)

Verser aux provinces la "contribution pécunaire ou en espèces" prévue dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE).

Permettre au ministre de juger si les cinq conditions d'octroi établies dans la loi sont respectées par chaque province et, dans la négative, de déterminer les sanctions à imposer.

Permettre au ministre de rendre compte au Parlement. (Rapport annuel exigé aux termes de l'article 23 de la Loi canadienne sur la santé (LCS) sur les contributions en espèces versées aux provinces au titre de la santé et dans le cadre du FPE, de même sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-maladie satisfont aux cinq conditions d'octroi, etc.).

Faciliter l'analyse du régime de santé, de l'assurance-maladie, et du rôle joué par le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé au Canada.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Par l'intermédiaire des provinces et territoires, à peu près tous les résidants canadiens.

Les estimations fédérales des contributions versées à chaque provinces en 1985-1986 au titre de l'assurance-maladie et des services complémentaires de santé sont présentées dans le tableau qui suit.

Estimation des contributions du FPE (Santé) en 1985-1986 et comparaisons avec les dépenses estimatives des provinces en matière de santé

Prov.	Contrib. en espèces (1)	Abattement fiscal et péréq. (2)	Total (1) & (2) (3)	Total des dép. prov. de santé (4)	(3) en % de (4) (5)
			(millions $)		
T.-N.	170.3	87.1	257.4	572.8	44.9
N.-É.	258.2	132.1	390.2	864.2	46.8
N.-B.	211.0	107.9	318.8	697.4	45.2
QUÉ.	1,475.5	1,441.4	2,916.9	7,354.2	45.7
ONT.	2,497.4	1,519.9	4,017.3	9,235.6	39.7
SASK.	313.6	160.4	474.0	1,186.6	43.5
MAN.	321.0	130.7	451.8	1,103.0	39.9
ALB.	561.7	478.9	1,040.5	3,146.5	41.0
C.-B.	811.3	470.2	1,281.5	3.213.4	33.1
T.N.-O.	13.6	8.9	22.6	88.5	39.9
YUKON	5.9	4.1	10.1	28.8	25.5
					35.1
TOTAL	**6,676.7***	**4,560.7***	**11,237.4***	**27.661.4****	**40.6**

* Source : Ministère des Finances pour les données sur le FPE

**Source : Santé et Bien-être social Canada (SBSC) pour les dépenses provinciales de santé.

RESSOURCES

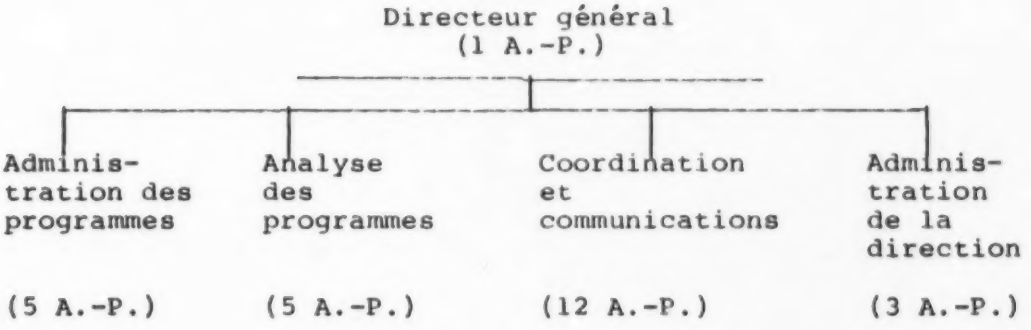
La Direction de l'assurance-santé a un effectif permanent de 16 années-personnes. Cependant, sa charge de travail a obligé le ministère à lui prêter temporairement 10 employés. Cette Direction du ministère est d'accord pour que l'effectif compte 26 années-personnes, mais le supplément de 10 employés n'a pas encore été approuvé. Peut-être faudra-t-il solliciter l'autorisation du Cabinet.

Dépenses et années-personnes prévues pour 1985-1986

	Effectif approuvé actuel	**Supplément demandé**	**Total**
Traitements et salaires	768,000 $	370,000 $	1,138,000 $
Fonctionnement et entretien	170,000	210,000	380,000
TOTAL	**938,000 $**	**580,000 $**	**1,518,000 $**
Contributions en espèces aux provinces			6.7 milliards
Années-personnes	16	10	26

Organigramme

Direction de l'assurance-santé



DESCRIPTION

Introduction

La LCS a remplacé la Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques et la Loi sur les soins médicaux. Elle expose les cinq conditions d'octroi à satisfaire par une province pour que son régime d'assurance-maladie donne droit aux contributions fédérales du FPE (santé). Certaines autres conditions, dites de "versement", sont aussi établies de même que les déductions à effectuer en cas de manquement aux conditions d'octroi et de versement. La loi prescrit également une méthode complexe pour déterminer et effectuer les déductions requises sur les contributions en espèces. Enfin, les provinces doivent être consultées sur presque tous les aspects de l'administration de la LCS.

Résumé des dispositions de la LCS

En bref, la LCS stipule ce qui suit :

Pour donner droit à une contribution en espèces, un régime provincial d'assurance-maladie doit répondre à cinq conditions nationales :

- la gestion publique : le régime doit être géré sans but lucratif et par une autorité publique;

- l'intégralité : une vaste gamme de services hospitaliers et médicaux doit être assurée dans le cadre du régime;

- l'universalité : tous les assurés doivent avoir droit aux services prévus par le régime, selon des modalités uniformes;

- la transférabilité : les résidants de la province doivent rester assurés s'ils s'absentent temporairement de la province ou déménagement dans une autre province; et

- l'accessibilité : les assurés doivent avoir un accès satisfaisant aux services ... sans obstacle financier ou autre. (La province doit en outre verser une rémunération raisonnable aux pourvoyeurs de services.)

Le versement des contributions en espèces est assujetti aux conditions suivantes :

- produire les renseignements que peut exiger (par règlement) le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social afin d'appliquer la LCS;

- faire état des contributions fédérales dans les documents publics (des provinces) traitant de l'assurance-maladie et des services complémentaires de santé;

- en cas de surfacturation ou de frais modérateurs, aucune contribution en espèces ne doit être versée à l'égard des services assurés qui ont fait l'objet d'une surfacturation (de la part des médecins) ou de frais modérateurs (de la part des établissements).

Exigences de l'administration actuelle et future de la LCS

Tracer la ligne de démarcation entre les services assurés (qui entraînent des sanctions en cas de surfacturation) et les services non assurés, de même qu'entre les services fournis dans les hôpitaux (services assurés) et dans les établissements offrant des services complémentaires (services non assurés). Un problème du même genre se pose à l'égard des services de santé fournis en établissement dans le cadre du RAPC*. Dans tous ces cas, la situation varie selon la province.

Veiller à ce qu'il soit possible de porter des jugements sur la manière dont on "rend compte" de l'emploi des fonds et à ce que des rapports soient présentés au Parlement afin de déterminer dans quelle mesure les régimes provinciaux d'assurance-maladie satisfont aux conditions d'octroi et de versement établies dans la LCS.

Surveiller les régimes d'assurance-maladie et certaines autres activités des provinces pour déterminer si les diverses conditions sont respectées. Dans la négative, déterminer la valeur de l'infraction.

---

* Régime d'assistance publique du Canada; partage des dépenses provinciales à parts égales.

Calculer les sommes à déduire des contributions en espèces quand les conditions d'octroi ne sont pas respectées, quand une surfacturation ou des frais modérateurs sont imposés ou encore quand les autres conditions de versement ne sont pas satisfaites.

Obtenir (de la Direction des systèmes d'information de SBSC, de Statistique Canada et, au besoin, des provinces) les renseignements permettant d'effectuer les analyses de fond que peuvent exiger l'administration de la LCS, ou des travaux sur l'orientation future de la politique fédérale dans le domaine de l'assurance-maladie et des autres services de santé.

Entretenir des relations avec ceux qui, dans le secteur public, nourrissent des préoccupations ou un intérêt particulier pour les questions relatives à l'assurance-maladie.

Tâches attribuées à chaque division de la Direction de l'assurance-santé

Division de l'analyse des programmes (5 A.-P.)

- Interpréter les dispositions de la loi, c'est-à-dire essentiellement déterminer quels services doivent être assurés par les régimes provinciaux et ce qui constitue un manquement aux conditions prescrites par la LCS.

- Cerner les problèmes d'interprétation et de respect des conditions et trouver des solutions.

- Répondre à des questions de fond posées à d'autres membres de la Direction au ministre.

Les principales questions à régler portent sur la transférabilité des prestations. Cependant, l'universalité, l'intégralité et l'accessibilité suscitent aussi des questions sur le plan de l'interprétation et du respect des conditions de la loi.

Division de l'administration des programmes (5 A.-P.)

- Examiner les données et autres renseignements sur le fonctionnement des régimes provinciaux d'assurance-maladie et déterminer si les conditions sont respectées. Les données sont normalement fournies

par la Division de la coordination et des communications (voir plus loin).

- Autoriser le versement des contributions en espèces.

- On peut répondre à la plupart des questions au sujet du respect de la loi par un oui ou un non. Quand des zones grises subsistent, on tente d'obtenir un supplément d'information en consultant les provinces de manière informelle. Au besoin, une interprétation est demandée à la Division de l'analyse des programmes.

Si l'on conclut au non-respect des conditions de la loi, la question est portée à l'attention du ministre pour qu'il en discute avec son homologue provincial. L'étape suivante, si la question n'est pas réglée, consiste à préparer un document au Cabinet au sujet du manquement à la Loi et des mesures correctrices possibles.

Division de la coordination et des communications (12 A.-P.)

- Recueillir des renseignements (descriptifs et factuels) sur les régimes provinciaux, notamment en se procurant un texte à jour des lois provinciales de l'assurance-maladie, des directives administratives, des règlements, des dépliants décrivant les régimes (4 A.-P.).

- Coordonner les réponses que l'on fournit à la correspondance adressée au ministre sur les questions d'assurance-maladie (de 3,000 à 4,000 lettres par an, dont 75 % sont de nature courante, 20 % peut-être posent des questions de difficulté moyenne et 5 % sont très délicates) (5 A.-P.).

- Répondre aux questions et aux demandes de groupes et d'autres parties intéressées ne faisant pas partie de l'administration publique; par exemple, assurer les relations avec les associations d'hôpitaux et de médecins, préparer la documentation nécessaire pour les discours du ministre, répondre aux mémoires (3 A.-P.).

Obtention et utilisation des renseignements "requis"

Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a adopté une attitude de coopération (entre gouvernements) pour l'administration de la LCS. Il s'est également déclaré désireux de se fier aux renseignements fournis par ses homologues provinciaux pour déterminer si les cinq conditions d'octroi et les conditions de versement étaient respectées par chaque province, et dans quelle mesure. Il a également déclaré qu'il n'établirait pas de nouvelles exigences, mais se servirait des renseignements recueillis actuellement, par exemple par la Direction des systèmes d'information et par Statistique Canada.

La Direction a appliqué jusqu'ici cette politique de coopération pour obtenir des renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. De même, elle a demandé aux provinces de fournir des "bilans provinciaux" (suivant les lignes directrices fournies par la Direction) afin d'aider le ministre à produire le premier rapport au Parlement sur le respect des conditions de la LCS. Jusqu'ici, seules quelques provinces ont fourni de renseignements -- on n'en ont fourni que peu -- sur la surfacturation et les frais modérateurs, et les "bilans provinciaux" reçus sur le plan du contenu d'une province à l'autre. Dans le cas des provinces qui n'ont pas fourni de renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs, on a commencé à faire des déductions sur leurs contributions en se basant sur des estimations fédérales.

La loi est cependant fondée sur une philosophie policière et punitive. Aussi est-il difficile à la Direction de ne pas demander aux provinces, avec l'insistance nécessaire, les renseignements précis dont le ministre aura besoin pour rendre compte au Parlement de l'application de la loi. En fait, il pourrait se révéler impossible à long terme de maintenir une attitude coopérative sans modifier la loi.

À cela s'ajoute une autre préoccupation découlant du dernier rapport du vérificateur général. Celui-ci indiquait en effet que l'on n'avait vérifié que de façon limitée si les provinces avaient respecté en 1982 les conditions de la Loi sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces. Il décrivait ensuite brièvement les modifications résultant de l'adoption de la LCS et du changement de gouvernement en 1984, et manifestait son intention de rééxaminer ce dossier en 1986 après qu'aura été

déposé le premier rapport au Parlement (du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social).

Déductions pour surfacturation et frais modérateurs en vertu de la LCS

(milliers $)

Province	1985-1986 Total mensuel	Déductions totales en septembre 1985
N.-B.	306	4,590
QUÉBEC	877	13,155
ONT.	4,444	66,660
Man.	0	1,270
SASK.	0	2,107
ALB.	988	15,864
C.-B.	2,695	38,967
TOTAL	**9,310**	**142,613**

Note : Puisque l'on considère que la Saskatchewan et le Manitoba respectent maintenant la Loi, les sommes déduites leur ont été remises.

POINTS DE VUE DES PROVINCES

Les provinces se sont élevées contre le principe de la LCS et contre chacune de ses dispositions. Pour elles, la LCS représente un recul par rapport aux principes de souplesse et de non-ingérence qui caractérisaient la formule initiale du financement global de la santé et de l'enseignement postsecondaire dans le cadre du FPE. Les provinces n'ont toujours pas accepté la loi et ses exigences administratives même si le ministre a essayé, dans toute la mesure du possible, de faire preuve d'un esprit coopératif et accommodant.

ÉVALUATION

Ce programme n'a fait l'objet d'aucune évaluation. (Voir cependant les observations du vérificateur général au sujet de la surveillance exercée par le gouvernement fédéral quant au respect des conditions de la LCS.)

OBSERVATIONS

Les activités relatives à l'application de la loi menées depuis un an par la Direction de l'assurance-santé découlent de l'adoption de la LCS.

On ne peut déterminer avec certitude le rôle futur de la Direction et les coûts que cela implique. La première réaction est de se demander pourquoi il faut 26 années-personnes pour déterminer si les conditions de la LCS sont respectées alors que l'on a adopté une attitude coopérative. Cependant, un examen rapide des activités requises par les dispositions de la loi porte à croire que le volume de travail sera appréciable, au moins à court terme -- et il s'agit d'un travail qui réclame un bon jugement, l'aptitude à faire le lien entre les dispositions détaillées des régimes et les conditions générales de la Loi, et du doigté dans les relations avec les autres paliers de gouvernement, alors même que le climat est assez tendu.

Nous avons veillé à ce que notre évaluation de la LCS concorde avec les résultats de notre examen du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé au Canada et des transferts du FPE au titre de la santé.

La Direction de l'assurance-santé se sert des données produites par la Direction des systèmes d'information et par Statistique Canada. Par conséquent, les décisions qui seront prises à la suite de l'évaluation des programmes de statistiques et de données sur la santé pourraient avoir d'importantes répercussions sur l'application de la LCS.

Comme nous l'avons indiqué, la structure de la LCS semble entraîner de toute évidence des problèmes épineux d'application et de relations fédérales-provinciales. Cependant, ces problèmes devront probablement être acceptés, ou du moins tolérés, à court terme. Peut-être le ministre, secondé par les fonctionnaires, pourra-t-il parer à l'essentiel dans l'exécution de ses responsabilités immédiates grâce à une politique de souplesse comportant une interprétation libérale des dispositions de la loi. Cette attitude risque cependant de ne pouvoir être maintenue indéfiniment, la loi obligeant le ministre à rendre des comptes au Parlement.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement, avec la collaboration des provinces, envisage de réorienter son rôle en s'intéressant moins aux programmes provinciaux à caractère curatif et davantage à la prise en charge par chacun de sa santé grâce à des habitudes de vie plus saines, à la prévention, etc. Pour ce faire, il faudrait, entre autres choses, que le gouvernement fédéral réduise l'influence qu'il exerce sur le plan du financement ou de la gestion directe des régimes provinciaux à caractère curatif, et qu'il laisse dans toute la mesure du possible les provinces lever les fonds requis pour les régimes d'assurance-maladie et contrôler les dépenses en cette matière. Simultanément, il faudrait mettre en place, aux termes d'ententes conclues avec les provinces, un mécanisme de surveillance qui permettrait de garantir l'application de normes nationales de base dont on aurait convenu pour les services à offrir dans tout le pays.

Le Groupe d'étude, est d'avis que l'on pourrait établir ce régime sur une période de cinq ans en collaborant étroitement avec les provinces.

LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LE DOMAINE DES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

INTRODUCTION

La question de la compétence et du rôle du gouvernement fédéral dans le domaine des soins de santé au Canada constitue l'un des éléments essentiels de tout examen des programmes de santé fédéraux. Le cadre de cette évaluation, et sa validité, doivent être établis en fonction d'un énoncé précis du rôle du gouvernement fédéral. Ce document énonce les compétences fédérales dans le domaine de la santé, délimite la participation du gouvernement aux programmes provinciaux d'intérêt national, et présente le point de vue du Groupe d'étude concernant ce que devrait être à l'avenir le rôle du ministère de la Santé et du Bien-être social (SBSC).

Cet examen repose sur le principe de l'importance primordiale que revêtent pour le pays la santé des Canadiens et le maintien du système de prestations de soins de santé de manière à ce qu'il respecte toujours les principes établis.

Pour pouvoir bien jouer son rôle, le gouvernement fédéral doit élaborer des mécanismes lui permettant de travailler en étroite collaboration avec les provinces lorsque des questions d'intérêt national risquent de l'amener à empiéter sur les domaines relevant des compétences provinciales.

Compétences fédérales

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique accordait aux gouvernements provinciaux la compétence pour les services de santé. En vertu de l'article 92, la législature de chaque province "pourra exclusivement faire des lois relatives à l'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine". Il leur accordait également la compétence pour "généralement, toutes les matières d'une nature purement locale ou privée dans la province".

L'article 91 donne au gouvernement fédéral la responsabilité des domaines suivants :

a. "la quarantaine, l'établissement et le maintien des hôpitaux de marine;la naturalisation et les
b. la naturalisation et les aubains;
c. le recensement et les statistiques".

La loi autorise également le gouvernement fédéral à fournir des services de santé aux militaires [article 91(4)], aux Indiens [article 91(24)], à la GRC [article 91(27)], aux détenus des pénitenciers [article 91(28)], ainsi que la responsabilité de la qualité des aliments, des médicaments et celle relative aux risques environnementaux [article 91(2)], réglementation du trafic et du commerce).

Le pouvoir de "faire des lois pour la paix, l'ordre et le bon gouvernement du Canada" et ses pouvoirs de dépenser fournissent au gouvernement fédéral un droit de regard sur les programmes sociaux provinciaux.

Participation fédérale aux programmes provinciaux d'intérêt national

À partir de 1945, le gouvernement fédéral a adopté des politiques fondées sur le principe d'une responsabilité fédérale générale, en collaboration avec les gouvernements provinciaux, pour ce qui est de l'établissement du cadre général des politiques d'emploi et de revenu et pour le maintien de normes nationales minimales en matière de services sociaux. Ces politiques supposaient également que les gouvernements provinciaux devraient se trouver dans une situation financière qui leur permettrait de s'acquitter correctement de leurs responsabilités[1].

En s'appuyant sur cette politique et sur les pouvoirs de dépenser que lui conféraient l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, le gouvernement fédéral a, au cours des 20 années suivantes, présenté des propositions et mis en oeuvre des programmes afin d'inciter les provinces à mettre en place un programme d'assurance-maladie complet pour le Canada qui soit fondé sur des normes nationales minimales.

Jusqu'en 1967 (année de la promulgation de la Loi sur les soins médicaux), toutes les provinces, à l'exception du Québec, ont accepté le rôle prépondérant du gouvernement

---

1. Procès-verbal de la Conférence de 1945 entre le Dominion et les provinces, p.5.

fédéral dans le domaine des soins de santé. Les différences d'opinion graves concernant les objectifs de base semblait rares. Cependant, entre 1967 et 1977, les provinces se sont montrées de plus en plus déçues et inquiètes de l'influence du gouvernement fédéral sur les priorités provinciales et des restrictions qu'il imposait à la liberté des provinces lorsqu'il s'agissait pour elles de répondre aux besoins de leurs habitants dans le domaine de la santé. À cela venaient s'ajouter les craintes du gouvernement fédéral à l'égard de son aptitude à contrôler le taux d'accroissement des contributions versées en vertu des programmes à frais partagés, et l'impression que les programmes de santé avaient atteint leur maturité. C'est ce qui a conduit à l'adoption, en 1977, de la formule du "financement global", dans le cadre du Financement des programmes établis (FPE). Depuis lors, les gouvernements provinciaux sont encore moins disposés à accepter le rôle prépondérant joué par le gouvernement fédéral dans le domaine de la santé.

Il est possible que l'intensification de ce conflit, après 20 années d'entente sur l'essentiel des objectifs de base, s'explique plus, comme le laisse entendre le Groupe de travail parlementaire[2], par la lenteur de la croissance économique que par des désaccords fondamentaux concernant les objectifs des programmes de santé.

Cette situation reflète cependant aussi le conflit inhérent à tout système fédéral, en particulier lorsque le gouvernement fédéral et le Parlement du Canada décident, par exemple, que des services de santé, d'un niveau national déterminé, doivent être fournis dans l'ensemble du pays. L'objet même de l'accord de partage des coûts, dans une telle situation, est précisément d'exercer une influence sur les budgets provinciaux afin qu'ils aillent dans le sens des priorités fédérales et parlementaires. Le conflit est impossible à éviter et persistera tant que le gouvernement fédéral insistera pour que tous les programmes provinciaux se conforment à des critères ou des conditions déterminés.

Le Groupe de travail parlementaire concluait que le fonctionnement du régime d'assurance-maladie et l'efficacité

---

2. "Le fédéralisme fiscal au Canada", rapport du Groupe de travail parlementaire sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces, août 1981.

du mode de prestation constituent des questions d'intérêt national primordiales. Il estime que le rôle du gouvernement fédéral devrait consister à formuler, à surveiller et à faire appliquer les conditions régissant l'octroi d'une aide financière aux programmes provinciaux.

Cette recommandation, les commentaires et les recommandations de l'honorable Emmett Hall dans son rapport de 1980[3], les craintes du gouvernement fédéral concernant l'érosion possible du système et le soutien du public sont autant d'éléments qui ont incité le gouvernement fédéral à publier un énoncé de principes intitulé "Pour une assurance-santé universelle" en juillet 1983. Par la suite, la Loi canadienne sur la santé a été présentée et adoptée avec l'appui de tous les partis politiques fédéraux en avril 1984.

Les provinces étaient fermement opposées à cette mesure. À leurs yeux, elle constituait une intrusion dans des domaines relevant de leur compétence et n'était pas nécessaire au maintien d'un programme efficace de services de santé à l'intention des Canadiens. C'est pourquoi, en dépit du fait que de gros efforts aient été déployés pour améliorer les relations depuis le changement de gouvernement survenu en 1984, un sentiment d'antipathie subsiste toujours.

Dans un tel contexte, les deux partis éprouveront beaucoup de difficultés à définir conjointement ce que devrait être à l'avenir le rôle du gouvernement fédéral, un rôle qui soit en accord avec sa responsabilité de défendre les intérêts du pays dans le domaine des soins de santé.

RÔLE ACTUEL

La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, adoptée en 1945, définit le rôle assigné à ce ministère (voir l'annexe 1).

Réglementation - Le ministère fédéral de la Santé exerce un rôle de réglementation dans le domaine de la qualité et de l'innocuité des aliments ou des médicaments,

---

3. Programme de santé national-provincial du Canada pour les années 1980 - "A Commitment for Renewal" (l'honorable Emmett Hall, commissaire spécial, août 1980).

et pour ce qui est de certains risques environnementaux. Il certifie également les examens médicaux exigés pour la délivrance des licences de pilote, il administre les règlements en matière de quarantaine, et il inspecte les moyens de transport et les voyageurs internationaux.

Relations internationales - SBSC est responsable des relations du Canada avec les autres pays et l'ONU pour les questions de santé. La coopération avec les provinces est indispensable car la plupart des questions sont liées à d'autres qui relèvent de leur compétence.

Services offerts par SBSC

- le ministère fournit des services aux Indiens et aux Inuit sauf lorsque ces services sont, par accord mutuel, assurés par les provinces;

- il paie les services de santé fournis aux personnes d'autres pays qui n'ont pas encore obtenu le statut d'immigrant reçu (certaines provinces hésitent à assumer ces coûts);

- il fournit des services de prothèses en quatre endroits du Canada;

- il recueille et diffuse de l'information concernant les services de santé fournis aux Canadiens ainsi que sur leur état de santé (services également assurés par Statistiques Canada);

- il assure le fonctionnement d'un laboratoire central pour la lutte contre les maladies;

- il élabore et met en oeuvre, en collaboration avec les provinces et les territoires, des programmes de promotion de la santé;

- il fournit des services d'hygiène professionnelle aux employés de la fonction publique fédérale;

- il planifie la prestation de services de santé dans les situations d'urgence, il fournit des services consultatifs et des conseils aux provinces et il s'occupe de la formation du personnel provincial; et, enfin,

- il finance la recherche dans le domaine des soins de santé.

Financement - En 1985-1986, SBSC estime que le gouvernement fédéral aura financé environ 32 % de toutes les dépenses de santé au Canada et près de 40 % des dépenses de santé effectuées par les gouvernements[4].

L'aide financière fédérale au titre de services de santé assurés par les provinces est accordée dans le cadre du FPE. La Loi canadienne sur la santé confie au gouvernement fédéral la responsabilité de la surveillance des programmes de santé provinciaux afin de déterminer si ceux-ci respectent les critères établis. Cette responsabilité ainsi que l'aide financière qu'il fournit lui confère un rôle important dans la prestation d'un programme national.

Leadership et coordination - En vertu de sa mission nationale et compte tenu du fait qu'il est difficile pour des particuliers ou des organismes d'entretenir des liens avec 10 gouvernements provinciaux et deux gouvernements territoriaux, le gouvernement fédéral est souvent appelé à jouer un rôle prépondérant dans ce domaine.

En outre, pour s'acquitter de son mandat, le gouvernement fédéral est parfois obligé de faire preuve de leadership. Il est quelquefois nécessaire de fournir une orientation précise pour assurer la coordination des activités provinciales.

Le gouvernement fédéral dispose d'un certain nombre d'instruments, en plus du mode de financement, pour jouer un rôle prépondérant dans ce domaine et s'occuper de la coordination. Ces instruments sont les suivants :

- La consultation - des provinces et des organismes nationaux.
- La facilitation - l'échange d'information, le financement de la recherche et du développement, l'organisation de conférences, la formation de groupes d'étude et de travail,etc.

---

4. Veuillez noter que l'on inclue ici dans la part fédérale les recettes tirées des points d'impôts transférés aux provinces dans le cadre du FPE.

- L'information - sa collecte, son analyse et sa diffusion.
- La communication - veiller à ce que les réalisations importantes, les nouveaux renseignements ou résultats de recherches, etc., soient communiqués à un réseau.
- La défense des droits - déterminer les problèmes et exercer des pressions pour obtenir l'élaboration d'un plan d'action ou d'intervention.

OBSERVATIONS

Rôle fédéral - Les provinces sont dans l'ensemble d'accord avec le gouvernement fédéral pour qu'il assume les tâches suivantes :

- améliorer les programmes de réglementation, en particulier en ce qui concerne les essais relatifs aux risques environnementaux et leur identification, les essais d'instruments médicaux et la vérification de la qualité et de l'efficacité des médicaments;

- mener des enquêtes sur l'état de santé des Canadiens afin de recueillir des renseignements sur les résultats des programmes de santé et de déterminer les améliorations requises;

- financer, conjointement avec les provinces, des projets expérimentaux ou des projets pilotes conçus pour élaborer des systèmes de prestation de soins de santé qui soient plus économiques à long terme;

- continuer à assurer le fonctionnement d'un laboratoire central pour lutter contre les maladies et offrir les services de référence requis;

- financer la recherche dans le domaine des soins de santé; et

- planifier la prestation de services de santé en cas de situation d'urgence sur le plan national.

En général, le Québec est favorable à l'administration des programmes de réglementation par les autorités fédérales, mais pas nécessairement avec les autres points.

Consultation et collaboration - En ce qui concerne les mécanismes de collaboration et de consultation entre le gouvernement fédéral et les provinces, ces dernières, à l'exception du Québec, se sont déclarées favorables au système actuel de comités consultatifs composés de représentants fédéraux et provinciaux. Beaucoup d'entre elles estimaient qu'il serait possible d'améliorer ces mécanismes en mettant au point un système prévoyant des réunions régulières de sous-ministres et de ministres qui pourraient permettre aux groupes de soumettre des recommandations.

Promotion de la santé - Lors de nos consultations, nous avons constaté que toutes les provinces, à l'exception du Québec, reconnaissaient que le gouvernement fédéral a un rôle à jouer dans ce domaine, à condition que ces activités soient bien coordonnées avec les provinces. Il y a eu des problèmes dans le passé mais l'orientation actuelle semble être partout acceptée. Les provinces les moins riches ont besoin des programmes fédéraux pour assurer un niveau minimum de services dans le domaine de la promotion de la santé à cause des dépenses qu'entraîne la préparation de présentations importantes dans les médias et la production de publications. Un certain nombre d'entre elles ont souligné la confusion qui régnait entre les activités concernant la promotion de la santé, la condition physique et PARTICIPaction, qui relèvent toutes du gouvernement fédéral.

Information dans le domaine de la santé - En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, de la Loi sur la statistique et de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral a un rôle très clair à jouer. Il est cependant généralement reconnu que l'information à recueillir et à diffuser devrait être complètement réexaminée.

Services directs aux particuliers - En vertu de l'Acte de l'Amérique du Nord britannique, le gouvernement fédéral est responsable des Indiens, des Inuit, des anciens combattants, des militaires, de la GRC et des détenus de pénitenciers fédéraux. Le transfert aux provinces de la responsabilité des services aux anciens combattants fait, depuis un certain temps, l'objet de négociations. Les provinces fournissent les services assurés aux Indiens et, dans celles où ils sont peu nombreux, on leur fournit souvent la même gamme de services que ceux qui sont offerts aux autres citoyens. Dans les provinces où la population

indienne est importante, on s'inquiète du niveau des services aux Indiens et du coût éventuel que représenterait la prise en charge de la prestation de ces services. En règle générale, les provinces estiment qu'elles pourraient fournir des services plus efficaces et rentables, mais elles voudraient que les Indiens donnent eux-mêmes leur aval aux transferts éventuels et qu'on leur accorde une compensation appropriée. Au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, le gouvernement fédéral assure des services de santé aux résidants (autochtones et non-autochtones) à titre temporaire et dans la perspective d'un remboursement, en attendant que les gouvernements territoriaux soient prêts à assumer cette responsabilité.

Communication et consultation - Les provinces les plus petites et les moins fortunées estiment que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour ce qui est de faciliter les échanges de conseils et de renseignements. Les autres en sont beaucoup moins convaincues.

Financement - Nous avons constaté que les hauts fonctionnaires de toutes les provinces sont favorables au Financement des programmes établis (FPE), mais il est manifeste qu'ils s'inquiètent tous beaucoup des changements que le gouvernement fédéral a apporté aux arrangements originaux. La hausse des coûts est un problème pour toutes les provinces et rien ne prouve que l'un ou l'autre des paliers de gouvernement sera capable de maintenir ces augmentations à un niveau égal ou inférieur au taux d'inflation dans un avenir prévisible. Les provinces estiment que les effets du vieillissement de la population, de la technologie, de la main-d'oeuvre médicale et des taux d'utilisation continueront à exercer de fortes pressions à la hausse sur les coûts. Dans une telle situation, l'indexation du FPE au PNB amènera probablement le versement de paiements fédéraux qui augmenteront à un rythme moins rapide que les coûts de santé.

La réduction de l'aide financière fédérale en vertu du FPE pourrait avoir, pour les provinces, les résultats suivants :

- le transfert des coûts de santé aux particuliers (dans les limites de la LCS);
- l'augmentation des impôts provinciaux;
- la réduction des services ou de la qualité des services de santé, ou les deux;

- la réduction des programmes provinciaux dans d'autres domaines que la santé.

Cependant, de telles réductions pourraient peut-être aussi permettre d'améliorer l'efficacité ou la rentabilité des programmes de santé.

Un certain nombre de provinces ont déclaré qu'il était indispensable qu'il y ait une plus forte participation fédérale au financement des projets pilotes ou projets expérimentaux conçus pour ouvrir la voie à des systèmes économiques de prestation des soins de santé.

Loi canadienne sur la santé - En vertu de la Loi canadienne sur la santé, le gouvernement fédéral applique en permanence des normes nationales pour les programmes de soins de santé au Canada. Les provinces acceptent mal les sanctions prévues ainsi que les contraintes qu'elles jugent qu'on leur impose en ce qui touche leur capacité à faire face aux hausses de coûts et à l'évolution rapide des systèmes de prestation.

En outre, il reste à résoudre de difficiles problèmes administratifs, techniques et politiques par la poursuite des négociations fédérales-provinciales.

ANALYSE

Le Groupe d'étude estime que la manière dont le gouvernement fédéral s'acquite de ses responsabilités dans le domaine des soins de santé est fonction de son niveau de participation. Il existe trois niveaux distincts, décrits ci-dessous.

Compétence fédérale

La compétence fédérale est clairement établie dans les domaines suivants :

- les programmes de réglementation;
- les relations internationales;
- la prestation de services directs ou indirects à la clientèle fédérale;
- la collecte et la diffusion de statistiques et de données dans le domaine de la santé.

Pour exercer ses responsabilités dans ces domaines, il est indispensable que le gouvernement fédéral consulte les provinces, obtienne des conseils de leur part et, dans certains cas, obtienne leur accord (par exemple, pour des accords internationaux ayant trait à des questions relevant de la compétence provinciale).

Collaboration entre les gouvernements fédéral et provinciaux

Les responsabilités suivantes dans le domaine de la santé relèvent à la fois des compétences fédérales et provinciales et exigent une collaboration entre les deux paliers de gouvernement :

- la surveillance de la santé;
- le financement de la recherche;
- la promotion de la santé; et
- la planification en cas de situations d'urgence nationale.

Dans ce domaine, le leadership du gouvernement fédéral et le travail de coordination qu'il effectue à l'aide des moyens actuels sont en général bien acceptés. Cependant, il est indispensable que les provinces prennent une part active à la planification et à l'élaboration des politiques. Il importe également que le gouvernement poursuive le dialogue avec les provinces quant à la manière dont il utilise les moyens dont il dispose afin de s'entendre sur les méthodes employées.

Le Groupe d'étude estime que la promotion d'une attitude plus constructive, à l'égard de la santé, chez les particuliers et dans l'ensemble de la société, doit constituer l'un des objectifs principaux du système de soins de santé. L'efficacité de la coopération dans l'élaboration et la mise en oeuvre de programmes n'est possible que si l'on met fin aux conflits -- ou au moins on les atténue -- concernant le financement des programmes de prestation de soins de santé et le respect par ces derniers des principes établis.

Domaines de compétence provinciale où il faut tenir compte de l'intérêt national

Le maintien des programmes de prestation de soins de santé conformément aux normes établies est une question qui

revêt un intérêt national primordial. Ces normes établies sont celles qui sont énoncées dans la Loi canadienne sur la santé.

Pour s'acquitter de ses responsabilités dans ce domaine, le gouvernement fédéral ne peut compter que sur les moyens financiers dont il dispose pour veiller au respect des normes nationales. La surveillance, la consultation, la promotion et, en dernier ressort, l'imposition de sanctions, sont les instruments dont il dispose.

Nécessité de réduire les conflits dans les domaines de compétence provinciale

Le Groupe d'étude estime que c'est dans ce troisième domaine que le gouvernement fédéral doit élaborer une stratégie destinée à mettre fin aux conflits et coopérer avec les provinces pour régler les principaux problèmes reliés au contrôle de la hausse des coûts des services de santé. Ces coûts augmentent actuellement à un rythme supérieur à celui de l'économie. Les raisons de cette augmentation sont aussi nombreuses que diverses, comme le montre la section consacrée à ces problèmes. Il s'agit là d'un domaine relevant de la compétence provinciale. Cependant, le fait que le gouvernement fédéral soit responsable de la santé de l'économie et qu'il doive s'assurer que les services de santé satisfont toujours aux normes nationales l'oblige en quelque sorte à jouer un rôle dans ce domaine.

Stratégie proposée

Le Groupe d'étude a proposé une stratégie qu'il soumet au gouvernement afin de réduire les conflits dans les domaines de compétence provinciale où il faut tenir compte de l'intérêt national. Comme nous l'avons déjà indiqué, il n'y a pas de désaccord fondamental en ce qui concerne les autres domaines (compétence fédérale et collaboration fédérale-provinciale). Cependant, pour collaborer d'une manière efficace dans ces deux domaines, il faudra apaiser les conflits dans le troisième. Les détails de la stratégie sont présentés à la section intitulée "Relations fédérales-provinciales".

Annexe 1

LOI SUR LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL

ARTICLE 5

Responsabilités du Ministre

5. Les devoirs, pouvoirs et fonctions du Ministre s'étendent, tout en les comprenant, aux questions qui visent le progrès ou la sauvegarde de la santé, la sécurité sociale et le bien-être social de la population du Canada, et qui ressortissent au Parlement du Canada, et, sans restreindre la généralité de ce qui précède, aux matières suivantes en particulier :

a. l'application des lois du Parlement du Canada et des décrets ou règlements du gouvernement du Canada que la loi n'attribue pas à un autre ministère ou département ou à l'un de ses ministres, portant de quelque manière sur la santé, la sécurité sociale et le bien-être de la population du Canada;

b. les enquêtes et les recherches sur la santé et le bien-être publics;

c. l'inspection et le soin médical des immigrants et des matelots, et l'administration des hôpitaux de marine et des autres hôpitaux du gouvernement du Canada qui peuvent être confiés à son administration par un décret du gouverneur en conseil;

d. la surveillance, en ce qui concerne la santé publique, de tous les chemins de fer, bateaux, navires et autres modes de transport;

e. le progrès et la sauvegarde de la santé des fonctionnaires civils et autres employés de l'État;

f. l'application des règles ou règlements édictés par la Commission conjointe internationale et promulgués en conformité du traité signé entre les États-Unis d'Amérique et Sa Majesté Édouard VII, relativement aux eaux limitrophes et aux questions surgissant entre les États-Unis et le Canada, dans la mesure où elles intéressent la santé publique;

g. sous réserve de la Loi sur la statistique, l'établissement, la publication et la distribution de renseignements sur la santé publique, l'amélioration des installations sanitaires et les conditions sociales et industrielles qui concernent la vie et la santé des personnes; et

h. la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts faits ou envisagés pour sauvegarder et améliorer la santé publique et pourvoir à la sécurité sociale et au bien-être de la population du Canada (S.R., c. 74, art. 5; 1962-63, c. 16, art. 1).

APERÇUS ET EXAMENS DES PROGRAMMES

PROTECTION DE LA SANTÉ
APERÇU

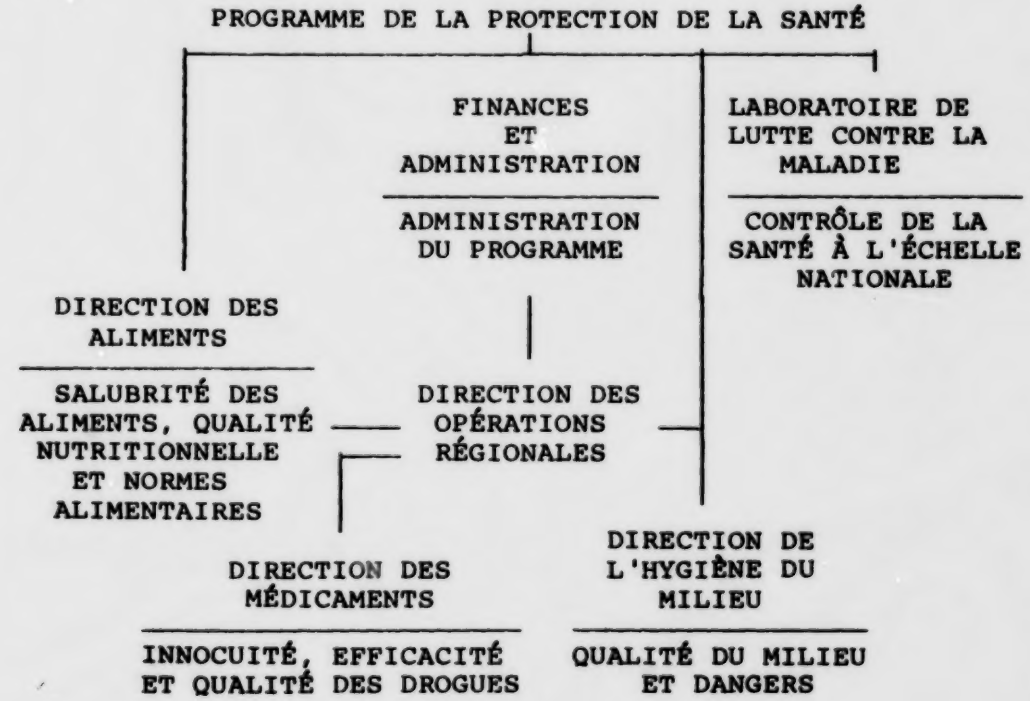
PROGRAMMES

L'ensemble des programmes de réglementation ayant trait à la protection de la santé comprend : Salubrité des aliments, qualité nutritionnelle et normes alimentaires (SBSC 100); Innocuité, efficacité et qualité des drogues (SBSC 101); Qualité du milieu et dangers (SBSC 102). L'évaluation du programme SBSC 100 a été faite par un groupe interministériel ne relevant pas du Groupe d'étude sur les programmes de santé et de sports.

Ces trois programmes relèvent de la Direction générale de la protection de la santé de Santé et Bien-être social Canada (SBSC).

RESSOURCES

Structure des activités



Ressources pour 1985-1986, par organisation et par activité
(milliers $ et A.-P.)*

Sous-ministre adjoint
Direction générale de la protection de la santé

	Directeur général Aliments	Directeur général Médicaments	Directeur général Hygiène du milieu	Directeur général Laboratoire de lutte contre la maladie	Directeur général Opérations régionales	Directeur général exécutif, Finances et administration	**Totaux par activité**
Salubrité des aliments, qualité nutritionnelle et normes alimentaires	16,005				14,909		**30,914**
Innocuité, efficacité et qualité des drogues		30,923			10,281		**41,204**
Qualité du milieu et dangers			17,287		487		**17,774**
Contrôle de la santé à l'échelle nationale				10,961			**10,961**
Administration du programme						14,730	**14,730**
TOTAL	**16,005**	**30,923**	**17,287**	**10,961**	**25,677**	**14,730**	**115,583**
Années-personnes	**258**	**466**	**259**	**189**	**556**	**232**	**1,960**

* Données de la partie III du Budget des dépenses 1985-1986.

La Direction générale de la protection de la santé est organisée en cinq directions d'exécution qu'appuie la Direction des finances et de l'administration. Quatre de ces directions d'exécution (Direction des aliments, Direction des médicaments, Direction de l'hygiène du milieu et Laboratoire de lutte contre la maladie) ont leur siège à Ottawa. La cinquième, la Direction des opérations régionales, maintient un petit groupe d'employés au bureau central, mais la majeure partie de son effectif est répartie entre cinq bureaux régionaux et 22 bureaux de district dans tout le Canada; ces employés sont chargés de fonctions relatives à l'inspection, à l'analyse et à l'enseignement dans le cadre des trois activités suivantes :

- Salubrité des aliments, qualité nutritionnelle et normes alimentaires
- Innocuité, efficacité et qualité des drogues
- Qualité du milieu et dangers

Le Laboratoire de lutte contre la maladie, situé à Ottawa, exécute les activités relatives au Contrôle de la santé à l'échelle nationale.

La Direction générale de la protection de la santé occupe 12 laboratoires, soit sept à Ottawa et un à Halifax, à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver.

OBSERVATIONS

Le Programme de la protection de la santé jouit d'une bonne réputation à l'échelle nationale sur le plan de la prévention et du contrôle des maladies, et permet au pays de soutenir la comparaison sur le plan international avec le Royaume-Uni, les États-Unis et d'autres pays appliquant des lois et des programmes semblables.

En général, les fonctionnaires provinciaux considèrent que le rôle et les responsabilités du Programme de la protection de la santé sont satisfaisants. En particulier, les provinces sont d'accord avec le rôle exercé par la Direction des médicaments en sa qualité de seul organisme de réglementation des médicaments au Canada. À l'exception du Québec, les provinces considèrent que le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) est la plus haute autorité en ce qui concerne la surveillance et le contrôle des maladies et qu'il constitue le principal organisme canadien responsable de la prestation d'un service valable et indispensable dans ce secteur. De même, les provinces

semblent être assez satisfaites des rôles assumés par la Direction de l'hygiène du milieu en matière de consultation et de réglementation bien que l'on s'inquiète qu'il y ait dans certains secteurs chevauchement entre les activités de la Direction et certaines autres d'Environnement Canada.

Le programme semble satisfaire les exigences légales et celles de ses bénéficiaires en ce qui a trait à la transmission de l'information, à l'échange de données provenant de la recherche appliquée menée en laboratoire, à la diffusion de normes, de lignes directrices et de règlements conçus pour réduire au minimum les risques de maladie, et à l'utilisation des mécanismes consultatifs mis sur pied pour améliorer la collaboration avec les bénéficiaires aux fins d'une évaluation par les pairs des stratégies du programme, de ses travaux de recherche ainsi que de ses méthodes et techniques de laboratoire.

En raison de problèmes d'ordre administratif, la Direction des médicaments a de la difficulté à respecter le délai de 120 jours prescrit par les règlements pour l'évaluation des présentations de nouveaux médicaments et la délivrance d'un avis de conformité aux fabricants. La Direction de l'hygiène du milieu éprouve aussi ce même problème, mais dans une moindre mesure, en ce qui regarde la délivrance d'un avis de conformité aux fabricants de nouveaux instruments médicaux, en raison de méthodes administratives rigides. En ce moment, la Direction générale de la protection de la santé réexamine toutes ses politiques, méthodes et lignes directrices concernant l'évaluation de nouveaux produits (médicaments et instruments médicaux) en vue de les rationaliser et de répondre du même coup aux plaintes exprimées par les fabricants.

En sa qualité de seul organisme de réglementation des médicaments et, dans une moindre mesure, des instruments médicaux, la Direction générale de la protection de la santé, qui partage avec d'autres ministères fédéraux et organismes provinciaux la responsabilité des risques environnementaux généraux, est consciente de la nécessité d'établir un équilibre entre les intérêts des divers bénéficiaires dans toutes les situations exigeant une décision ou une mesure dans le domaine de la réglementation.

Actuellement, il n'existe aucun mécanisme prévoyant le recouvrement des frais en ce qui concerne les services fournis aux fabricants de médicaments et d'instruments

médicaux. Il y aurait lieu, semble-t-il, que cette Direction générale réexamine la possibilité de mettre en place une politique de rémunération des services.

En 1984-1985, le Conseil du Trésor a attribué 20 années-personnes supplémentaires à la Direction des médicaments en vue d'éliminer le retard accumulé dans le traitement des présentations de nouveaux médicaments. Toutefois, tous ces nouveaux postes n'ont pas été comblés en 1984-1985. Il y aurait lieu d'examiner la possibilité de modifier le processus de dotation de la Direction des médicaments ou de la Commission de la Fonction publique pour que la Direction soit en mesure de se conformer à l'exigence réglementaire des 120 jours au plus tard en octobre 1986.

L'élément Administration du Programme de la protection de la santé représente 15 % du budget total et 13.4 % de l'ensemble des années-personnes.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Maintenir les éléments du Programme reliés à la Direction des médicaments, à la Direction de l'hygiène du milieu et au Contrôle de la santé à l'échelle nationale qui relève du Laboratoire de lutte contre la maladie, tout en donnant suite aux recommandations des rapports d'évaluation et de la Commission Eastman. Il faudrait envisager l'instauration d'une politique de rémunération des services pour recouvrer une partie du coût total de l'évaluation des nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques (6 millions de dollars), et de celle des nouveaux instruments médicaux (1 million de dollars).

- Procéder à une révision immédiate des méthodes de dotation de la fonction publique en commençant par examiner les besoins en matière de personnel spécialisé de la Direction des médicaments.

INNOCUITÉ, EFFICACITÉ ET QUALITÉ DES DROGUES

OBJECTIF

Établir et limiter les risques que peuvent présenter pour la santé des Canadiens les médicaments ou leur usage inefficace ou inconsidéré, prévenir l'usage incorrect des drogues dangereuses et leur détournement du marché licite vers le marché illicite.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les Canadiens profitent directement de ce programme puisqu'il permet de réduire les risques pour la santé en limitant les cas d'usage incorrect, inefficace ou inconsidéré de médicaments ou de drogues.

Les consommateurs, les professionnels de la santé, d'autres ministères et organismes fédéraux, les ministères et organismes provinciaux, les associations professionnelles et industrielles, les institutions, les fabricants, les importateurs, les grossistes et détaillants, les gouvernements étrangers, les organismes internationaux, ainsi que les organismes chargés d'appliquer la loi profitent indirectement du programme puisque ce dernier permet, d'une part, d'approuver en temps opportun des drogues ou médicaments sûrs et efficaces qui sont utilisés dans la prévention et le traitement des maladies, et, d'autre part, de réduire le plus possible la consommation et l'usage à mauvais escient de drogues dangereuses et leur détournement du marché licite vers le marché illicite.

Tous les Canadiens profitent indirectement de l'établissement de normes (s'appuyant sur des travaux de recherche) en vue de la surveillance, du contrôle, de la fabrication, de l'approbation, de la commercialisation et de la distribution de drogues ou de médicaments qui sont sûrs, qui sont consommés avec discernement et qui sont efficaces.

Les consommateurs, les associations professionnelles, d'autres ministères des gouvernements fédéral et provinciaux, d'autres pays, les organismes internationaux et les organismes chargés d'appliquer la loi profitent directement de l'échange de données de recherche, de renseignements et de conseils.

Les fabricants, les grossistes, les détaillants, les importateurs et les dispensateurs de drogues ou médicaments sont soumis à la réglementation.

DOCUMENTS HABILITANTS

Le Programme de la protection de la santé et, par conséquent, l'activité Innocuité, efficacité et qualité des drogues tirent principalement leur mandat légal des lois suivantes : la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, la Loi des aliments et drogues et la Loi sur les stupéfiants. Parmi les autres lois pertinentes, notons la Loi sur la radiodiffusion et la Loi sur l'emballage et l'étiquetage des produits de consommation.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses par élément du budget

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements et salaires	22,485	24,640	25,630	27,746	27,745
F et E (autres dépenses)	9,978	10,155	9,512	11,999	12,022
Subventions et contributions	0	0	0	0	0
Immobilisations	2,031	2,264	2,075	1,459	2,620
TOTAL	**34,494**	**37,059**	**37,217**	**41,204**	**42,387**
Années-personnes	656	656	634	672	673
Recettes	5,354	5,339	5,087	5,261	5,100

* Données fournies par la Direction générale de la protection de la santé - SBSC

Dépenses par sous-activité

Dépenses	83/84 Réel		84/85 Budget **		85/86 Budget	
	$	A.-P.	$	A.-P.	$	A.-P.
Innocuité et efficacité des médicaments	16,705	303	20,010	350	19,401	341
Contrôle des drogues dangereuses	11,112	122	12,307	122	11,522	125
Qualité des médicaments commercialisés	9,242	211	9,213	206	10,281	206
TOTAL	**37,059**	**656**	**41,530**	**678**	**41,204**	**672**
Recettes	5,339		5,261		5,261	

** Données de la Partie III du Budget des dépenses de 1985-1986.

L'activité Innocuité, efficacité et qualité des drogues représente 35.6 % des dépenses totales et 34.3 % du total des années-personnes du Programme de la protection de la santé. Les recettes proviennent de la perception des frais reliés aux poursuites judiciaires, des amendes et de la vente des biens saisis à la suite d'actions en justice intentées en vertu de la Loi des aliments et drogues et de la Loi sur les stupéfiants. Ces recettes ne peuvent servir à assumer les dépenses engagées dans le cadre des activités du programme.

DESCRIPTION

L'activité Innocuité, efficacité et qualité des drogues se subdivise en trois sous-activités. Les deux premières, Innocuité et efficacité des médicaments et Contrôle des drogues dangereuses, relèvent de la Direction des médicaments à Ottawa. La troisième, Qualité des médicaments commercialisés, relève de la Direction des opérations régionales. Cette dernière compte un petit groupe

d'employés au bureau central d'Ottawa et d'autres dans les cinq bureaux régionaux et laboratoires d'Halifax, de Montréal, de Toronto, de Winnipeg et de Vancouver, ainsi que dans 22 bureaux de districts et quatre bureaux de sous-districts disséminés au pays.

Étant donné que les grandes entreprises de fabrication de médicaments se trouvent à Toronto et à Montréal, la Direction des opérations régionales exécute la plus grande partie des inspections de fabricants de médicaments dans ces deux villes. En sa qualité de seul organisme de réglementation des médicaments au Canada, la Direction des médicaments assure la liaison de façon permanente avec les autorités sanitaires provinciales, les organismes chargés d'appliquer la loi (la GRC agissant comme organisme de coordination), le solliciteur général, le ministère de la Justice, Revenu Canada - Douanes et Accise, Agriculture Canada, en ce qui concerne l'utilisation, l'usage abusif et le détournement de médicaments ou de drogues par les professionnels de la santé, les hôpitaux, les consommateurs et l'industrie pharmaceutique. En s'appuyant sur les données de recherche existantes et sur des techniques de recherche appliquée et mises au point en laboratoire, la Direction des médicaments doit, dans le cadre de son programme, remplir les fonctions suivantes :

- Garantir, en temps opportun, le caractère sûr et efficace des médicaments en vue de leur commercialisation au Canada, le maintien de leur innocuité et efficacité à la suite de leur approbation, et leur utilisation judicieuse. Le budget de 1985-1986 prévoit pour cette activité, qui relève de la Direction des médicaments, des dépenses de 19,401,000 $ et l'affectation de 341 années-personnes. Au cours des dernières années, il y a eu une augmentation constante du nombre de présentations de nouveaux médicaments (950 présentations sont prévues pour 1985-1986 avec des dépenses de 4.8 millions de dollars et l'affectation de 110 années-personnes), ce qui a occasionné un arriéré considérable de travail. Il est prévu que l'augmentation des ressources (20 années-personnes supplémentaires) approuvée en 1984-1985 réduira le retard accumulé concernant le traitement des présentations de nouveaux médicaments.

- Garantir que les stupéfiants et les drogues contrôlées destinés à des fins médicales sont fabriqués et vendus conformément aux exigences de la réglementation canadienne et internationale, et veiller à ce qu'un cadre législatif et un mécanisme de contrôle appropriés existent pour les stupéfiants, les drogues contrôlées et les drogues d'usage restreint prohibés. Le budget de 1985-1986 prévoit pour cette activité relevant de la Direction des médicaments des dépenses de 11,522,000 $ et l'affectation de 125 années-personnes.

- Garantir que les produits pharmaceutiques commercialisés (médicaments prescrits, médicaments en vente libre ou produits pharmaceutiques à usage vétérinaire) sont fabriqués en respectant les normes établies en matière d'innocuité, d'efficacité et de qualité des médicaments. Le budget de 1985-1986 prévoit au titre de cette activité relevant de la Direction des opérations régionales des dépenses de 10,281,000 $ et l'affectation de 206 années-personnes.

En résumé, l'activité du programme intitulée Innocuité, efficacité et qualité des drogues comprend des travaux de recherche sur les dangers pour la santé que présente la consommation de drogues et de produits pharmaceutiques l'établissement de normes et de règlements sur la sûreté, la qualité et l'efficacité des produits, leur évaluation en regard de ces normes avant leur commercialisation, la surveillance du respect des normes et règlements par l'industrie, ainsi que la promotion et l'application de ces normes et règlements, la prestation de services d'analyse en laboratoire au ministère du solliciteur général, la diffusion de renseignements aux professionnels de la santé concernant l'utilisation judicieuse et sûre des produits pharmaceutiques et aux consommateurs sur l'innocuité des médicaments, la surveillance de l'utilisation des drogues dangereuses et l'identification des abus, et le contrôle du détournement des drogues dangereuses du marché licite au marché illicite.

ÉVALUATIONS

Comme le recommandaient les rapports de 1982 et de 1985 du vérificateur général sur les programmes de SBSC, la Direction générale de la protection de la santé a entrepris

la rénovation des laboratoires et la révision des méthodes qui y sont appliquées en vue de réduire au minimum les dangers en matière d'hygiène professionnelle.

Actuellement, la Direction générale de la protection de la santé procède à un réexamen des règlements, des lignes directrices et des méthodes auxquels on a recours pour toutes les évaluations des aliments, des médicaments et des instruments médicaux avant leur commercialisation. Par exemple, une méthode est en voie d'être mise au point pour les études préalables sur les nouveaux médicaments, selon laquelle un fabricant de produits pharmaceutiques, après avoir averti la Direction des médicaments de son intention de commencer l'essai pré-clinique ou clinique d'un nouveau médicament, pourrait automatiquement s'atteler à cette tâche s'il ne reçoit aucune réponse de la Direction des médicaments dans les 60 jours.

Une évaluation des éléments du programme Innocuité, qualité et efficacité des drogues en est encore au stade de la planification, c'est-à-dire à l'étape de l'élaboration du cadre d'évaluation, et on prévoit que cette évaluation sera effectuée par la Direction de l'évaluation des programmes au cours des prochains mois.

Les bureaux régionaux ont fait l'objet de vérifications internes au sein de SBSC en 1980 et en 1983, et ces dernières ont établi que ces bureaux fonctionnaient d'une manière rentable et efficace.

SBSC examine actuellement des projets de modification à la Loi des aliments et drogues et à la Loi sur les stupéfiants.

La Direction des médicaments fait appel régulièrement aux services de comités consultatifs composés de spécialistes, ce qui permet de promouvoir l'évaluation par des pairs des méthodologies de recherche et de laboratoire ainsi que l'établissement de nouvelles orientations et activités pour les programmes.

La Commission d'enquête sur l'industrie pharmaceutique (formée en vertu du décret C.P. 1984-1198) -- la commission Eastman -- avait comme mandat de présenter dans son rapport des recommandations en vue de l'établissement des fondements d'une politique sur l'industrie pharmaceutique au Canada qui viserait les politiques et les programmes relevant des gouvernements provinciaux et fédéral. Certaines

recommandations de la commission concernent directement le programme Innocuité, efficacité et qualité des drogues. Ces recommandations étaient fondées sur la rationalisation des méthodes de la Direction générale de la protection de la santé et sur les moyens à mettre en oeuvre pour établir un équilibre entre les intérêts des consommateurs et ceux de l'industrie pharmaceutique. Le rapport avait reconnu la responsabilité partagée de Consommation et Corporations Canada et de SBSC dans un certain nombre de domaines reliés à l'industrie pharmaceutique.

Le rapport Eastman a été soumis au ministre de la Consommation et des Corporations en février 1985 et le ministre s'en inspire actuellement pour mener d'autres consultations auprès de groupes intéressés.

Dans une lettre en date du 11 octobre 1985, l'Association pharmaceutique canadienne (APC) faisait remarquer au chef du Groupe d'étude sur les programmes de santé et de sports que "l'étude des présentations de nouveaux produits se fait avec une lenteur inacceptable" à la Direction générale de la protection de la santé, comme l'avait déjà souligné le rapport Eastman.

À la suite des consultations tenues avec des représentants des gouvernements provinciaux et territoriaux, le Groupe d'étude est d'avis que l'on est tout à fait satisfait du rôle et des responsabilités qu'exerce la Direction des médicaments, en sa qualité de seul organisme de réglementation des médicaments.

OBSERVATIONS

C'est dans des laboratoires régionaux qui sont situés à Toronto et à Montréal et qui sont actuellement rénovés que sont principalement menées les activités d'inspection et de réglementation reliées à la sous-activité Qualité des médicaments commercialisés.

À la suite d'une contestation judiciaire entamée en 1984 par un fabricant de produits pharmaceutiques parce que la Direction de médicaments ne respectait pas la limite prescrite de 120 jours pour donner suite aux présentations de nouveaux médicaments qui sont soumises aux fins d'une évaluation des produits avant leur commercialisation, 20 années-personnes supplémentaires ont été accordées à cette Direction. Le recrutement du nouveau personnel, conformément aux normes et procédures de la Commission de la

Fonction publique nécessite plus de temps que l'on avait prévu et, par conséquent, le calendrier conçu à l'origine pour résoudre le problème du retard accumulé dans le traitement des présentations ne peut pas être respecté. Au problème de la lenteur du processus de dotation s'ajoute celui de la nécessité d'assurer une longue formation sur le tas aux nouveaux employés pour qu'ils puissent appliquer de façon compétente les critères, normes et règlements détaillés, complexes et rigoureux ayant trait à l'évaluation des présentations de nouveaux médicaments avant la commercialisation de ces derniers.

Les normes canadiennes pour l'évaluation des nouveaux médicaments avant leur approbation en vue de leur commercialisation semblent être plus strictes que celles du Royaume-Uni et des États-Unis si l'on compare le temps qu'il faut compter entre l'étape de l'étude pré-clinique des nouveaux médicaments et l'étape de la commercialisation : six mois au Royaume-Uni, 12 mois aux États-Unis et 18 mois au Canada. L'industrie pharmaceutique accuse d'ailleurs la Direction des médicaments de ne pas reconnaître la validité des résultats des essais d'organismes de réglementation étrangers (U.S. Drug and Food Administration).

La Direction des médicaments envisage actuellement de réglementer les minéraux, les vitamines et les aliments dits naturels. Une analyse des risques dans ce domaine devrait être entreprise avant d'étendre la réglementation à ces produits.

Il y a actuellement un conflit au sein de l'industrie pharmaceutique des médicaments prescrits entre les fabricants de deux types de produits, les fabricants de spécialités pharmaceutiques et les fabricants de médicaments non brevetés. Les fabricants de nouvelles spécialités pharmaceutiques (représentant 90 % de l'industrie ou plus de 1 milliard de dollars de ventes) doivent investir d'énormes sommes dans la recherche-développement de nouveaux produits. De leur côté, les fabricants de médicaments non brevetés copient simplement la découverte et n'ont pas à entreprendre de longues recherches pré-cliniques et cliniques; ils peuvent, par conséquent, produire ces mêmes produits pharmaceutiques à des coûts beaucoup moindres et ainsi les offrir aux consommateurs à des prix plus bas.

L'industrie des produits pharmaceutiques (brevetés) en vente libre (ventes annuelles se chiffrant à 1 milliard de dollars) confirme les plaintes de l'industrie de médicaments

prescrits au sujet du retard accumulé dans les évaluations avant commercialisation. Selon les plaintes de cette industrie, la Direction des médicaments réglemente d'une manière excessive l'étiquetage et la publicité.

L'industrie pharmaceutique se plaint de ce que la Direction des médicaments se préoccupe surtout de la réglementation de questions présentant peu de risques, comme l'étiquetage, et ne se penche pas suffisamment sur la possibilité d'une plus grande autoréglementation de l'industrie.

Des liens permanents sont établis entre le Bureau des médicaments vétérinaires de la Direction des médicaments et sa contrepartie à Agriculture Canada. Leurs rôles semblent complémentaires.

En raison de l'augmentation du nombre des demandes de renseignements présentées par des consommateurs aux termes de la Loi sur l'accès à l'information et portant sur des médicaments et des produits pharmaceutiques, et de l'accroissement rapide de la quantité de nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques exigeant l'approbation de la Direction des médicaments, les membres du Groupe d'étude doutent de la capacité de cette dernière à assumer ses responsabilités statutaires.

La Direction des médicaments, en sa qualité de seul organisme de réglementation des médicaments au Canada, doit soupeser soigneusement les intérêts des consommateurs et ceux de l'industrie pharmaceutique pour toutes les questions relatives à l'innocuité, à la qualité et à l'efficacité des médicaments qui doivent faire l'objet de décisions ou de mesures da sa part. Afin de parvenir à établir un équilibre entre ces deux groupes, il serait nécessaire de mettre sur pied un comité consultatif qui conseillerait la Direction des médicaments. Ce comité représenterait les intérêts des consommateurs, de l'industrie non pharmaceutique et des secteurs non professionnels. Il permettrait aussi de contrebalancer les intérêts de l'industrie pharmaceutique et, en particulier, de fournir des conseils dans le domaine de l'étiquetage des médicaments, des médicaments non brevetés offerts à bas prix, du contrôle et de la distribution des médicaments ainsi que sur la façon d'éduquer les consommateurs afin de les inciter à faire une utilisation sûre et judicieuse des médicaments.

Le gouvernement fédéral ne dispose pas d'un cadre d'évaluation des programmes qui permette de mettre vraiment l'accent sur les exigences réglementaires essentielles aux programmes qui doivent faire contrepoids aux divers intérêts, en particulier à ceux de nature socio-économique.

Au Canada, les sanctions légales pour les transactions illicites sur le marché des médicaments ou des drogues ne prévoient pas la saisie de tous les biens d'une personne condamnée pour activités illégales. En d'autres mots, cette personne peut garder tous les autres biens non liés à ces activités illégales. Par contre, en d'autres endroits, en particulier aux États-Unis, la saisie des biens vise tous les biens et non seulement ceux se rapportant au délit criminel commis. Le ministère de la Justice pourrait envisager une démarche analogue dans le cas des sanctions imposées pour la fabrication et la distribution illicites de médicaments ou de drogues au Canada.

Actuellement, la Direction des médicaments n'accorde des licences qu'aux fabricants de médicaments biologiques. Dans ce domaine, la Direction des médicaments s'efforce surtout de réglementer les méthodes de fabrication ainsi que l'essai des produits commercialisés.

Au cours des quatre dernières années, à la suite des demandes du Conseil du Trésor et de son propre chef, la Direction des médicaments a procédé à une analyse coûts/avantages de l'imposition de frais aux fabricants pour l'évaluation des présentations de nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. Actuellement, la Direction suit les débats tenus au Congrès des États-Unis sur la politique de rémunération des services proposée pour la U.S. Food and Drug Administration. En Grande-Bretagne, une politique de ce genre est appliquée afin de procéder au recouvrement partiel des coûts associés à l'évaluation des nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. En Suède, la politique en vigueur permet le recouvrement complet de tous les frais reliés à l'évaluation de nouveaux médicaments. Selon les renseignements disponibles pour la France, il ne semble pas qu'une politique de ce genre soit appliquée. Avant que la Direction des médicaments n'adopte une politique de rémunération des services pour l'évaluation des nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques, il faudrait établir une système équitable pour l'évaluation des coûts ou l'imposition de frais. À titre d'exemple, il faudrait décider si le même barème devrait s'appliquer aux fabricants de nouveaux produits pharmaceutiques et à ceux de

médicaments non brevetés, et si les mêmes frais devraient être exigés à chaque étape (évaluation pré-clinique, avant commercialisation) du processus d'évaluation.

OPTIONS

Le Groupe d'étude a envisagé trois options :

- Maintenir la structure actuelle du programme Innocuité, qualité et efficacité des drogues tout en envisageant sérieusement de donner suite aux recommandations de la Commission Eastman et d'instaurer un système de recouvrement des coûts pour l'évaluation des présentations de fabricants de nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. Il y aurait lieu d'examiner la possibilité de percevoir des droits de licence des fabricants des produits pharmaceutiques, afin de recouvrer autour de 20 % des coûts de l'évaluation des nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. On suggère de fixer un objectif de 6 millions de dollars pour le recouvrement des coûts en 1986-1987.

- Transférer les responsabilités statutaires de la Direction des médicaments aux gouvernements provinciaux. Cette option exigerait des modifications aux lois des deux paliers de gouvernement et ne semble pas jouir de l'appui des provinces actuellement. Étant donné le contexte actuel de rationalisation des activités gouvernementales, la décentralisation des responsabilités d'un organisme central et le partage de ces dernières entre 10 ou 12 autres organismes ne semblent pas constituer une solution raisonnable.

- Établir un organisme de réglementation autonome dont le mandat comprendrait les responsabilités statutaires actuelles de la Direction des médicaments. Étant donné le niveau de satisfaction général à l'égard de la performance de la Direction des médicaments en matière de réglementation, et compte tenu de l'adoption prochaine de méthodes améliorées pour l'évaluation des médicaments avant leur commercialisation, le coût d'un tel changement semble être trop élevé par rapport aux avantages que l'on pourrait en retirer.

RECOMMANDATIONS

Tout compte fait, le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de maintenir la structure actuelle du programme Innocuité, qualité et efficacité des drogues tout en envisageant sérieusement de donner suite aux recommandations de la Commission Eastman et d'instaurer un système de recouvrement des coûts pour l'évalution des présentations de fabricants de nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. Il y aurait lieu d'examiner la possibilité de percevoir des droits de licence des fabricants de produits pharmaceutiques afin de recouvrer autour de 20 % des coûts de l'évaluation des nouveaux médicaments et produits pharmaceutiques. L'objectif proposé pour 1986-1987 est de l'ordre de 6 millions de dollars.

De l'avis du Groupe d'étude, la Direction des médicaments ne devrait pas se lancer dans de nouvelles activités de réglementation, comme la réglementation de l'industrie des produits alimentaires dits naturels, avant d'avoir complètement éliminé le retard accumulé dans le traitement des présentations de nouveaux médicaments, avant que les délais exigés par la réglementation ne soient réinstaurés (octobre 1986) et avant que les méthodes ne soient rationalisées pour le traitement des présentations de nouveaux médicaments.

QUALITÉ DU MILIEU ET DANGERS

OBJECTIF

Déterminer, évaluer, étudier et contrôler les effets sur la santé des risques liés au milieu et dus à des causes naturelles et artificielles comme les risques associés à l'utilisation d'instruments médicaux et à l'exposition aux rayonnements ou aux produits chimiques et microbiologiques présents dans le milieu.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les Canadiens bénéficient directement de la minimisation des risques pour la santé présents dans le milieu.

Les consommateurs, les autres ministères et organismes fédéraux, les ministères et organismes provinciaux, les professionnels de la santé, les associations de professionnels et les associations industrielles, les divers types d'établissements, les gouvernements étrangers et les organismes internationaux bénéficient indirectement des conseils, des évaluations, des normes, des lignes directrices et des règlements concernant la réduction des risques pour la santé associés aux instruments médicaux, aux sources de rayonnement, aux produits chimiques et aux polluants présents dans le milieu.

Les fabricants, importateurs, grossistes et détaillants d'instruments médicaux sont soumis à une réglementation. Les employés fédéraux sont soumis aux règlements qui s'appliquent dans le domaine de la sécurité du milieu et de l'hygiène professionnelle.

DOCUMENTS HABILITANTS

Les principaux textes de loi sur lesquels est fondé le mandat légal du programme Protection de la santé et, de ce fait, celui de l'activité Qualité du milieu et dangers sont les suivants : la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, la Loi des aliments et drogues et la Loi sur les stupéfiants, la Loi sur les dispositifs émettant des radiations, la Loi sur les contaminants de l'environnement et la Loi sur les produits dangereux. Les autres lois ou instruments secondaires sur lesquels se fonde ce mandat sont les suivants : la Loi sur la lutte contre la pollution atmosphérique, la Loi sur les produits

antiparasitaires, la Loi sur la radiodiffusion, le Règlement sur le contrôle de l'énergie atomique, le Code canadien du travail (partie IV, Règlement du Canada sur les substances dangereuses), la Loi sur l'administration financière, la Loi sur les ressources en eau du Canada, la Loi sur le transport des marchandises dangereuses, la Loi sur les pêcheries et la Loi sur la sécurité des véhicules automobiles.

À titre d'autorité fédérale pour les questions de santé touchant les lois qui suivent, la Direction de l'hygiène du milieu partage, avec les autres ministères susmentionnés, la responsabilité de leur administration :

- Loi sur les contaminants de l'environnement, responsabilités partagées avec le ministère de l'Environnement;

- Loi sur les produits dangereux, responsabilités partagées avec le ministère de la Consommation et des Corporations;

- Loi et règlement sur le contrôle de l'énergie atomique, Loi sur les dispositifs émettant des radiations, responsabilités partagées avec la Commission de contrôle de l'énergie atomique;

- Code canadien du travail (partie IV - Règlement sur les substances dangereuses), responsabilités partagées avec le ministère du Travail.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses par élément du budget

Dépenses	**82/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitement et salaires	9,014	10,079	10,849	11,043	11,176
F et E (autres dépenses)	4,041	5,088	5,627	5,101	5,113
Subventions et contributions	965	807	837	55	55
Immobilisations	1,119	1,944	1,555	1,575	1,314
TOTAL	**15,139**	**17,918**	**18,868**	**17,774**	**17,658**
Années-personnes	242	280	268	276	279
Recettes	792	858	821	1,000	850

* Données fournies par SBSC - Direction fédérale de la protection de la santé.

Dépenses par sous-activité

Dépenses	**83/84 Réel**		**84/85 Budget****		**85/86 Budget**	
	$	**A.-P.**	**$**	**A.-P.**	**$**	**A.-P.**
Dangers professionnels, du milieu et des instruments médicaux	17,272	264	17,453	258	17,287	259
Qualités des instruments médicaux	646	16	578	16	487	17
TOTAL	**17,918**	**280**	**18,031**	**274**	**17,774**	**276**
Recettes	858		1,000		1,000	

** Données extraites de la partie III du Budget de 1985-1986.

L'activité Qualité du milieu et dangers représente 14.5 % des dépenses totales et 14.1 % du nombre total d'années-personnes du programme de la Protection de la santé.

Les recettes proviennent de la facturation des services de dosimétrie (mesure des niveaux d'exposition aux rayonnements).

DESCRIPTION

Le programme Qualité du milieu et dangers est une activité qui se divise en deux sous-activités. La sous-activité Dangers professionnels, du milieu et des instruments médicaux relève de la Direction de l'hygiène du milieu, qui se trouve à Ottawa. La sous-activité Qualité des instruments médicaux relève de la Direction des opérations régionales, qui compte un petit groupe s'occupant de l'administration centrale à Ottawa et un personnel réparti entre cinq bureaux et laboratoires régionaux à Halifax, à Montréal, à Toronto, à Winnipeg et à Vancouver, ainsi qu'entre 22 bureaux de district et quatre bureaux de sous-district dans l'ensemble du Canada.

La Direction de l'hygiène du milieu doit :

- évaluer et étudier les effets sur la santé des polluants de l'environnement, ainsi que fournir des conseils et préparer des normes, des lignes directrices et des règlements afin de réduire les risques pour la santé associés aux produits chimiques, aux pesticides, aux instruments médicaux, aux sources de rayonnements, aux produits de consommation et aux produits présents dans l'environnement. Les prévisions pour 1985-1986 concernant cette activité de la Direction de l'hygiène du milieu font état de dépenses de 17,287,000 $ et de l'affectation de 259 années-personnes;

- s'assurer que les instruments médicaux sur le marché sont conformes aux exigences des règlements et sont utilisés d'une manière judicieuse. Les prévisions pour 1985-1986 concernant cette activité de la Direction des opérations régionales font état de dépenses de 487,000 $, et de l'affectation de 17 années-personnes.

En résumé, l'activité Qualité du milieu et dangers est responsable de l'évaluation et de l'étude des effets sur la santé des polluants de l'environnement, de l'évaluation et du contrôle des instruments médicaux, des sources de rayonnements et des produits dangereux, du contrôle des dangers microbiologiques et chimiques liés aux instruments médicaux et aux produits dangereux, et, en collaboration avec d'autres éléments de SBSC, de l'évaluation des effets sur la santé des milieux technologiques et sociaux.

ÉVALUATIONS

À la suite des rapports de 1982 et de 1985 du vérificateur général sur les programmes de SBSC, le ministère a entrepris la rénovation des laboratoires et l'amélioration des méthodes en matière d'hygiène professionnelle à Ottawa et dans les régions, conformément aux mesures recommandées.

L'élément Instruments médicaux du programme a été évalué en 1982 par un comité composé de sept personnes nommées par la Direction générale de la protection de la santé et proposées par des organisations représentant des professionnels de la santé, des consommateurs et l'industrie. Ce comité, qui était présidé par un expert-conseil des États-Unis, a conclu, d'une part, que le programme des instruments médicaux ne fait pas double emploi avec les autres programmes du gouvernement ou n'entraîne de chevauchement avec ces derniers, pas plus qu'il ne va à l'encontre de leurs activités, et que, d'autre part, le programme est nécessaire, et qu'il devrait se poursuivre et même se voir attribuer des ressources supplémentaires restreintes.

La Direction de l'hygiène du milieu est actuellement en train de prendre des mesures afin de donner suite aux recommandations du comité d'évaluation.

L'élément Risques environnementaux du programme a été évalué par la Direction de l'évaluation des programmes de SBSC en 1984. Cette évaluation était axée sur deux composantes : les dangers des contaminants de l'environnement et les dangers des rayonnements et a permis d'en arriver à la conclusion suivante : "bien que le programme réussisse en général à évaluer, à déterminer et à maîtriser les dangers associés aux produits chimiques et aux rayonnements, son efficacité pourrait être améliorée dans quelques domaines". Ce rapport d'évaluation précisait que

le programme des risques environnementaux devrait continuer à fonctionner sous sa forme actuelle, mais il indiquait également, dans une série de 16 recommandations, qu'il conviendrait de mettre en oeuvre de nouveaux modes de prestation des services de manière à accroître l'efficience du programme.

Actuellement, la Direction de l'hygiène du milieu met la dernière main à un plan qui s'inspire de ces recommandations et dont la mise en oeuvre s'étendra sur les deux ou trois prochaines années.

Le rapport Eastman recommandait, notamment, la rationalisation de l'émission des Avis de conformité pour les produits pharmaceutiques et les instruments médicaux.

Comme nous l'avons déjà mentionné, ce rapport a été soumis au ministre de la Consommation et des Corporations en février 1985 et le ministre s'en inspire actuellement pour mener d'autres consultations auprès de groupes d'intérêts. Un examen de tous les processus d'évaluation avant commercialisation des aliments, médicaments et instruments médicaux est en cours à la Direction générale de la protection de la santé afin de procéder à une rationalisation dans ce secteur.

OBSERVATIONS

Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, par le truchement du Programme des risques environnementaux, s'occupe de la réglementation de ce secteur et est le principal organisme fédéral responsable de la recherche et la prestation de conseils d'ordre toxicologique pour les questions liées aux risques que les rayonnements et les produits chimiques dangereux peuvent présenter pour les êtres humains. De nombreux ministères s'en remettent très fréquemment (ou même uniquement) à ses services pour appuyer leurs propres activités de réglementation.

Les consultations avec les représentants de la santé des gouvernements provinciaux et territoriaux ont permis de noter les points suivants :

- En général, les provinces sont assez satisfaites des services consultatifs et de règlementation fournis par la Direction de l'hygiène du milieu.

- La prolifération rapide des instruments médicaux est une source d'inquiétude et l'on se demande si l'on dispose des compétences nécessaires pour éliminer les instruments médicaux dangereux.

- Il semble qu'il y ait un certain chevauchement entre SBSC et Environnement Canada en ce qui concerne les normes et lignes directrices relatives aux dangers du milieu.

Le contrôle des produits chimiques toxiques et de l'exposition aux rayonnements est une responsabilité partagée des gouvernements fédéral et provinciaux. Le gouvernement fédéral établit les normes nationales, tandis que les gouvernements provinciaux peuvent ou non les appliquer.

Selon une récente étude du Conseil du Trésor, les responsabilités de 24 ministères et organismes fédéraux et 58 lois du Parlement comportaient des activités liées aux produits chimiques dangereux. Cependant, en dépit de la complexité manifeste qu'entraînent un si grand nombre d'interventions, cette étude concluait que la coopération et la coordination étaient suffisantes pour éviter les chevauchements, et que les intérêts des divers bénéficiaires étaient bien servis. Néanmoins, un tel niveau de complexité signifie que les employés chargés de l'exécution du programme consacre une grande partie de leur temps à s'occuper de coordination au lieu de se concentrer sur les activités à mener et les services à offrir.

Quatre-vingt dix pour cent des 300,000 instruments médicaux vendus au Canada sont importés. La Direction délivre des permis de vente temporaires pour ces instruments lorsqu'ils ont déjà été approuvés par des organismes de réglementation des États-Unis ou du Royaume-Uni. Pour les instruments fabriqués au Canada, la Direction procède parfois à une évaluation complète avant commercialisation. Pour ceux qui sont déjà sur le marché, elle entreprend quelquefois une évaluation complète lorsqu'on lui signale des problèmes. Actuellement, 80 années-personnes sont consacrées à l'évaluation et à l'inspection des instruments médicaux au sein de la Direction. En réponse aux recommandations du Rapport d'évaluation du Programme des instruments médicaux de 1984, la Direction a réorganisé ses activités de manière à rationaliser les procédures d'évaluation avant commercialisation et à assurer une meilleure liaison avec les professionnels de la santé (qui prescrivent ces

instruments), ainsi que de façon à mieux déterminer les risques associés à l'utilisation de ces instruments, à mieux en informer le public et à mieux y remédier.

Le maintien d'un équilibre entre l'intérêt du public sur le plan de la santé et les intérêts socio-économiques de l'industrie des instruments médicaux (canadienne et étrangère) est en train de devenir l'une des principales préoccupations de la Direction de l'hygiène du milieu.

La rapidité de l'évolution technologique, la connaissance de plus en plus approfondie des dangers liés au milieu et l'augmentation du nombre des incidents où il y a contamination du milieu et où il faut fournir des conseils et de l'information constituent tous des facteurs qui soulèvent des questions quant à la capacité actuelle des structures existantes à répondre aux besoins dans ce secteur.

On a envisagé de facturer les frais d'évaluation aux fabricants qui présentent de nouveaux instruments médicaux. Une enquête sur ce qui se fait dans d'autres pays a montré que cette solution n'est pas envisagée officiellement aux États-Unis. En Grande-Bretagne, le gouvernement publie une liste d'instruments médicaux dont la vente est autorisée. On n'exige pas de frais pour l'évaluation de ces instruments avant la publication de la liste. Quant à la France, on ne dispose pas de renseignements sur ce qui se fait actuellement dans ce domaine.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Maintenir la structure et les fonctions actuelles du programme Qualité du milieu et dangers tout en donnant suite aux recommandations formulées dans les rapports du vérificateur général de 1982 et 1985, dans le rapport d'évaluation de l'élément Instruments médicaux de 1982 et dans le rapport d'évaluation de l'élément Risques environnementaux de 1984, et en examinant une politique de rémunération des services pour l'évaluation avant leur commercialisation des nouveaux instruments médicaux présentés par les fabricants. Comme objectif pour le recouvrement des coûts liés à l'évaluation de ces nouveaux

instruments, on suggère la somme d'un million de dollars pour 1986-1987.

- Transférer les fonctions et ressources actuelles du programme Qualité du milieu et dangers comme suit : l'élément Risques environnementaux (eau, air et sol), à Environnement Canada; l'élément Instruments médicaux, à Consommation et Corporations Canada; l'élément Dispositifs émettant des radiations, à la Commission de contrôle de l'énergie atomique; les éléments Hygiène et Sécurité professionnelles, à Travail Canada. Ces transferts se justifieraient par une réorganisation des fonctions fondée sur le regroupement des pouvoirs législatifs afin de simplifier pour les bénéficiaires l'accès à l'information et aux autorités responsables. Les coûts supplémentaires liés au retour de la recherche en laboratoire dans les quatre autres ministères et à la décentralisation des fonctions de réglementation semblent être trop élevés par rapport aux avantages que l'on pourrait en retirer.

- Accroître les ressources allouées au programme Qualité du milieu et dangers dans le but précis d'augmenter les possibilités de la Direction en ce qui regarde l'évaluation des nouveaux instruments médicaux avant leur commercialisation, et d'effectuer un plus grand nombre d'inspections d'instruments déjà sur le marché. Cette option est moins intéressante compte tenu du fait que le rapport d'évaluation de l'élément Instruments médicaux recommandait seulement l'attribution de ressources supplémentaires restreintes et mettait surtout l'accent sur l'amélioration des procédures et des pratiques au sein de la Direction afin de trouver une solution à ces problèmes.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de maintenir la structure et les fonctions actuelles du programme Qualité du milieu et dangers, tout en donnant suite aux recommandations formulées dans les rapports du vérificateur général de 1982 et 1985, dans le rapport d'évaluation de l'élément Instruments médicaux de 1982 et dans le rapport d'évaluation de l'élément Risques environnementaux de 1984, et en examinant une politique de rémunération des services pour l'évaluation avant leur commercialisation des nouveaux instruments médicaux présentés par les fabricants. Comme objectif pour

le recouvrement des coûts liés à l'évaluation de ces nouveaux instruments, on suggère la somme d'un million de dollars pour 1986-1987.

SERVICES DE SANTÉ DES INDIENS ET DES POPULATIONS DU NORD CANADIEN

APERÇU

PROGRAMMES

Cet aperçu traite des programmes suivants :

Services de santé des Indiens - SBSC 20
Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon - SBSC 21
Contributions aux gouvernements territoriaux à l'égard des régimes hospitalier et médical - MAINC 231

Les deux premiers programmes relèvent de la Direction générale des services médicaux du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada (SBSC); le troisième programme fait partie de l'activité Coordination et Développement social du Nord du Programme des affaires du Nord du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC).

OBSERVATIONS

Il n'y a aucune disposition législative qui oblige le gouvernement fédéral à fournir des services de santé aux Indiens, aux Inuit et aux habitants des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Ces services ont traditionnellement été fournis par habitude et en application de la politique fédérale. À notre avis, les réseaux de services de santé des provinces et des territoires sont maintenant assez développés pour que le gouvernement fédéral cesse de fournir directement des services de santé et en transfère la responsabilité aux provinces et aux territoires.

Le degré de responsabilité financière du gouvernement fédéral en application du paragraphe 91(24) de la Loi constitutionnelle de 1867 n'est pas clair. Toutefois, comme le gouvernement fédéral a une responsabilité permanente en ce qui concerne le bien-être social et économique des autochtones, il a choisi de concrétiser cette responsabilité en acceptant de veiller à la santé et au bien-être social des Indiens inscrits et des Inuit. Il faudrait que le type et l'ampleur des services fournis tiennent compte de l'état de santé des autochtones qui, à l'heure actuelle, est inférieur à celui de la population en général.

En ce qui concerne les services de santé non assurés, à moins que l'on ne prenne des mesures pour en limiter la demande, leur coût total (110 millions de dollars, soit le tiers du budget des Services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien en 1984-1985) continuera de grimper et d'accaparer des ressources qui pourraient être affectées à d'autres secteurs prioritaires. Nous estimons que l'hypothèse selon laquelle tous les autochtones vivent dans le besoin est fausse, même si nous reconnaissons qu'ils forment un groupe généralement défavorisé.

Il n'existe pas de données objectives permettant d'évaluer l'efficacité du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), d'abord parce que le programme ne s'applique que depuis trois à quatre ans, et ensuite parce qu'aucun critère d'évaluation bien défini n'a été élaboré jusqu'à maintenant. Nous reconnaissons que les retombées du programme, en ce qui a trait à la formation de chefs de file et au développement des aptitudes dans les collectivités locales, peuvent être aussi importantes, sinon davantage, que la réalisation de son objectif proprement dit. Toutefois, étant donné que des programmes semblables ont eu relativement peu de résultats positifs, l'affectation de ressources toujours plus importantes (le sixième du budget des Services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien) s'explique jusqu'à maintenant davantage par un acte de foi que par des résultats objectifs ou quantifiables.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage :

- de confier au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada le transfert de la prestation des services de santé aux autochtones aux provinces ou, à défaut, à des organismes communautaires, d'ici au mois d'avril 1991;

- de transférer les services de santé fournis actuellement par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon aux gouvernements du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest d'ici au 1er avril 1988;

- d'établir une politique sur les services de santé non assurés qui permettraient aux Indiens inscrits et aux Inuit de recevoir les mêmes services que tous les citoyens de la province où ils résident. Les services supérieurs à ceux que la province offre à ses citoyens devraient être fonction d'un examen des revenus;

- de maintenir les ressources affectées au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, qui ont augmenté rapidement au cours des trois dernières années, à leur niveau de référence de 1985-1986 jusqu'à ce qu'une évaluation complète du programme ait été effectuée.

SERVICES DE SANTÉ DES INDIENS

OBJECTIF

Aider les Indiens, les Inuit et les autres Canadiens admissibles, vivant au sud du 60e parallèle, à atteindre un niveau de vie comparable à celui des autres Canadiens.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Des services de santé assurés, des services de prévention et des services de santé non assurés sont fournis à tous les Indiens inscrits et à tous les Inuit. Certains services de santé sont fournis aux Métis et aux Indiens non inscrits.

Catégories de bénéficiaires

Indiens inscrits - Cette catégorie comprend les personnes qui sont inscrites comme Indien en vertu de la Loi sur les Indiens et dont le nom apparaît dans le registre tenu par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC) (environ 350,000 groupés en 579 bandes en 1984).

Indiens ayant statut légal - Cette catégorie comprend tous les Indiens inscrits de même que les Indiens qui ont le droit d'être inscrits. Les termes "Indiens ayant statut légal" et "Indiens inscrits" sont souvent considérés comme des synonymes bien que la Direction générale des services médicaux ne s'occupe que des Indiens inscrits.

Indiens non inscrits - Cette catégorie comprend généralement des Indiens ou leur descendants qui, pour une raison ou pour une autre, ont perdu leur droit d'être inscrits comme Indiens ayant statut légal (environ 25,000 personnes ont dit appartenir à cette catégorie lors du recensement de 1981). Le projet de loi C-31, adopté par le Parlement en 1985, réduira le nombre d'Indiens dans cette catégorie et l'augmentera dans les deux premières catégories définies précédemment.

Inuit - Les autochtones du nord du Canada (environ 22,000 dans les Territoires du Nord-Ouest, 5,000 dans le nord du Québec et 2,000 au Labrador, selon le recensement de 1981).

Métis - Généralement des personnes issues du croisement des races autochtones et européennes qui se distinguent eux-mêmes des Indiens et des Inuit (environ 100,000 selon le recensement de 1981).

DOCUMENTS HABILITANTS

Les Lois constitutionnelles de 1867 à 1982, paragraphe 91 (24), ont donné au gouvernement fédéral la compétence exclusive sur les affaires indiennes.

La Loi sur les Indiens, paragraphe 73(1), autorise le gouverneur en conseil à faire des règlements concernant la prestation de traitements médicaux et de services d'hygiène aux Indiens.

La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, article 5, confie au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada les questions qui visent la promotion ou le maintien de la santé, ainsi que la sécurité sociale et le bien-être social de la population du Canada qui relève du gouvernement fédéral.

Un décret de 1945 confie la responsabilité de la santé des Indiens au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Les données sur les ressources des tableaux 1 et 2 ne s'appliquent qu'aux Services de santé des Indiens. Les autres tableaux qui suivent dans cette analyse contiennent des données pour les Services de santé des Indiens et sur les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon parce qu'il a été impossible de séparer les dépenses de ces deux catégories de services. Les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon sont évalués ailleurs dans le présent rapport.

Tableau 1

Ressources pour les Services de santé des Indiens

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	52,015	56,811	61,839	66,703	66,728
F & E (autres dépenses)	82,884	100,439	116,700	114,070	113,410
Immobilisations	9,984	11,599	15,797	16,843	20,077
Subventions et contributions	33,247	47,168	56,779	76,814	90,227
TOTAL	**178,132**	**216,017**	**251,115**	**274,430**	**290,442**
Années-personnes	1,691	1,708	1,783	1,779	1,779
Recettes	11,434	15,449	13,724	15,000	16,000

Source : Les chiffres du tableau ci-dessus et de tous les autres tableaux inclus dans le présent rapport ont été fournis par la Direction générale des services médicaux de SBSC, sauf indication contraire.

Tableau 2

Répartition des ressources par province

84/85		Traitements F & E et Immobilisations	Subventions et contributions	Total	Années-personnes
T.-N. Î.-P.-É. N.-É. N.-B.	région de l'Atlantique	6,291	4,198	10,489	64
QUÉ.		14,293	2,474	16,767	143
ONT.		54,419	21,823	76,242	530
MAN.		32,836	7,753	40,589	362
SASK.		30,768	907	37,669	250
ALB.		27,498	5,989	33,487	221
C.-B.		28,237	7,635	35,872	213
TOTAL		**194,336**	**56,779**	**251,115**	**1,783**

DESCRIPTION

Les Services de santé des Indiens, qui formaient jusqu'à tout récemment un programme en soi, font maintenant parti du programme des Services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien qui relève de SBSC. Le programme, aux fins de la planification et de la présentation de rapports, se divise en six composantes. Voici un tableau des dépenses prévues pour 1985-1986 pour chaque composante des Services de santé des Indiens et des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

Tableau 3

Services de santé et dépenses prévues 85/86
(milliers $ et A.-P.)

Dépenses	Santé communautaire	PNLAADA	Soins dentaires	Hygiène et surveillance du milieu	Services hospitaliers	Administration
Traitements	37,881	2,415	3,623	3,147	25,071	21,800
F & E (autres dépenses)	99,720	3,065	24,827	1,273	7,229	10,600
Immobilisations	17,138	---	1,500	300	4,500	2,800
Subventions et contributions	26,046	47,166	---	75	7,660	1,190
TOTAL	**180,785**	**52,646**	**29,950**	**4,795**	**44,460**	**36,390**
Années-personnes	1,035	66	99	86	685	596

COMPOSANTES DU PROGRAMME DES SERVICES DE SANTÉ DES INDIENS ET DES POPULATIONS DU NORD CANADIEN

Tableau 4

Services de santé communautaires
(milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**136,829**	**175,809**	**182,565**	**180,785**	**186,454**
Années-personnes	855	839	1,048	1,035	1,035

Les collectivités reçoivent directement des services de santé consultatifs et techniques qui sont destinés à prévenir les maladies, à promouvoir la santé et à guérir les malades. Les activités de soutien aux services susmentionnés comprennent la formation des infirmières, des représentants en santé communautaire et d'autres employés de la santé, de même que la prestation de services d'information. Les services sont assurés dans plus de 400 collectivités, situées pour la plupart dans des régions rurales et isolées.

Voici un exemple des principales dépenses d'immobilisations et de fonctionnement :

- coûts liés à la construction et au fonctionnement d'installations prises ou données en location par la Direction générale ou lui appartenant entièrement;

- coûts liés directement aux soins infirmiers, qu'il s'agisse de santé communautaire ou de traitements (par exemple, médicaments, vêtements, déplacements, immunisation, etc.);

- coûts du personnel médical (par exemple, aiguillage pour les services de diagnostic, consultation, traitements, médicaments, appareils, transport, etc.);

- coûts liés à l'administration de lieux d'hébergement et de services de type hôtelier se rattachant aux hôpitaux;

- coûts des services non assurés, etc.

Parmi les principaux groupes professionnels qui assurent des services, notons les infirmières en santé communautaire, les infirmières soignantes et les représentants en santé communautaire. La plupart des personnes dans ce dernier groupe travaillent pour des bandes indiennes en vertu d'un accord de contribution. Les autres personnes employées comprennent des médecins, des éducateurs sanitaires, des nutritionnistes, des concierges, des interprètes, des commis, etc.

Tableau 5

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA); (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**15,749**	**27,661**	**31,232**	**52,646**	**65,415**
Années-personnes	29	29	54	66	67

Le programme aide les Indiens et les Inuit à mettre sur pied et à administrer des programmes destinés à combattre l'alcoolisme et la toxicomanie. Le but immédiat est d'éprouver et d'évaluer divers moyens de mettre en oeuvre les programmes de façon à établir une base solide pour un programme continu dirigé par les autochtones eux-mêmes. Les moyens utilisés pour atteindre l'objectif du programme comprennent la diffusion de l'information, le counseling, la formation du personnel des projets communautaires, le financement de services de consultation interne et externe, la recherche, etc.

Tableau 6

Soins dentaires (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**21,979**	**21,835**	**29,839**	**29,950**	**29,950**
Années-personnes	99	98	102	99	99

Des programmes de prévention et d'éducation sont conçus pour sensibiliser la population, et particulièrement les enfants d'âge scolaire, aux bienfaits de l'hygiène bucco-dentaire. Le personnel du programme et de plusieurs universités assure des services de diagnostic, d'examens et de traitement dentaire d'urgence, ainsi que des programmes annuels d'application préventive de fluorure. La Direction générale des services médicaux finance un programme d'enseignement postsecondaire de deux ans, qui se donne à l'École nationale de dentothérapie, à Prince Albert (Saskatchewan), pour former des auxiliaires dentaires qui assureront des services de prévention et de traitement dans les collectivités isolées et les réserves de tout le Canada.

Les soins dentaires de base sont fournis en partie par les dentistes d'exercice privé et en partie par le personnel du programme qui utilise du matériel portatif. Les services sont fournis par des dentistes, des dentothérapeutes, des hygiénistes dentaires et des assistants en dentisterie préventive.

Tableau 7

Hygiène et surveillance du milieu (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**3,639**	**4,681**	**3,760**	**4,795**	**4,795**
Années-personnes	86	85	74	86	86

L'inspection des collectivités, le prélèvement d'échantillons d'eau, la surveillance des contaminants, la collecte de données, la formation d'opérateurs, ainsi que les programmes éducatifs, sont destinés à assurer la salubrité des logements, l'approvisionnement en eau et l'élimination des déchets, à lutter contre les insectes et les rongeurs et à atténuer les effets des contaminants.

Les dépenses de fonctionnement comprennent le coût de tous les travaux en laboratoire effectués dans le cadre du programme ainsi que les services d'analyse fournis par d'autres organismes ou des laboratoires privés. Elles comprennent aussi certains services de réglementation qui ne relèvent pas du programme (par exemple, les ordonnances et règlements des territoires et des localités, les transporteurs publics, les installations et les domaines de compétence fédérales).

Tableau 8

Services hospitaliers (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**42,010**	**48,910**	**39,888**	**44,460**	**44,460**
Années-personnes	852	827	720	685	685

Une grande partie de la clientèle vit dans des régions éloignées et isolées, la plupart dans le nord des provinces; il faut donc créer des services et les rendre accessibles à ces gens. Comme des soins de santé complets doivent comprendre les services hospitaliers, la Direction générale a des hôpitaux dans des régions où il n'y aurait aucun service hospitalier autrement.

Les hôpitaux de la Direction générale sont situés dans quatre provinces : en Ontario (Moose Factory et Sioux Lookout), au Manitoba (Norway House et Pequis Reserve), en Saskatchewan (Fort Qu'Appelle) et en Alberta (Blood Reserve). Bien qu'ils aient été mis sur pied à l'intention des autochtones à l'origine, les services hospitaliers sont maintenant accessibles à tous.

Les hôpitaux sont très différents les uns des autres sur le plan de la taille, de la complexité et de la gamme des services qu'ils offrent. Par exemple, l'hôpital général de Moose Factory offre un éventail complet de services de diagnostic, ainsi que des soins médicaux, chirurgicaux, pédiatriques et obstétricaux. La gamme des services diminue selon la taille de l'établissement; les plus petits n'offrent que des services minimaux, pour des maladies peu compliquées, ainsi que des soins obstétricaux courants et des services de diagnostic limités. Tous les hôpitaux offrent des services de consultation externe et d'hospitalisation dont le coût est remboursé en partie par les régimes d'assurance-maladie des provinces.

La dotation des postes de médecins varie aussi considérablement. Bon nombre d'hôpitaux accordent des contrats à des facultés de médecine tandis que d'autres font appel à des médecins d'exercice privé; certains servent d'infrastructure administrative et logistique pour les activités extérieures, en assurant des visites médicales, des services de radiologie, de laboratoire et de pharmacie, des services d'entretien; souvent, ils offrent aussi des services d'alimentation et d'approvisionnement.

Tableau 9

Administration (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
TOTAL	**27,981**	**35,212**	**38,321**	**36,390**	**36,690**
Années-personnes	645	634	545	596	596

Cette composante comprend essentiellement les ressources dépensées par les bureaux régionaux et les bureaux de zones pour les services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien. Elle inclut les services de soutien administratif, les contrats et contributions, les services informatiques, les services financiers, la gestion du matériel, les services du personnel, les services de planification et de contrôle ainsi que la gestion des biens.

Structure de prestation du programme

Le Programme des services de santé des Indiens, dont l'administration centrale est située à Ottawa, est un programme très décentralisé administré par la Direction générale des services médicaux de SBSC. Sur le terrain, où est affecté plus de 90 % du budget du programme, les services sont fournis par un réseau de sept bureaux régionaux (un pour chaque province, les provinces de l'Atlantique ne formant qu'une région), 17 bureaux de zone et 421 installations locales dont 6 hôpitaux, 55 postes de soins infirmiers, 109 centres de santé et 251 autres installations (voir tableau ci-après). Les hôpitaux et les bureaux de zone, souvent situés au même endroit, constituent des centres administratifs et des centres de gestion du programme ainsi que la base à partir de laquelle les collectivités environnantes sont desservies.

Tableau 10

Répartition des bénéficiaires et des installations du programme

	Clientèle totale	Population isolée	Hôpitaux	Postes de soins de santé	Centres de santé	Autres installations
Atlantique	12,438	0	0	0	7	21
Québec	25,511	2,891	0	8	13	10
Ontario	74,629	18,235	2	11	23	55
Manitoba	49,956	20,826	2	17	15	27
Saskatchewan	51,075	11,460	1	6	11	62
Alberta	40,820	3,450	1	3	16	19
Colombie-Britannique	59,543	11,500	-	10	24	57
TOTAL	**313,972**	**68,362**	**6**	**55**	**109**	**251**

Quelques-uns des services sont fournis par des employés du gouvernement fédéral (2,567 années-personnes en 1985-1986). La plus grande partie d'entre eux, cependant, sont fournis en vertu de contrats conclus avec des médecins d'exercice privée et des facultés de médecine, d'accords sur le partage du travail avec d'autres instances gouvernementales et, de plus en plus, de programmes administrés par les collectivités autochtones elles-mêmes.

Au début de 1982, la Direction générale des services médicaux engageait directement 641 autochtones et 533 autres par contrats (principalement avec des bandes indiennes); trois ans plus tard, ces chiffres sont passés à 681 et à 1,357 respectivement.

ÉVALUATIONS

Dans son rapport de 1985, le vérificateur général a formulé des commentaires plutôt positifs sur le suivi et la mise en application des observations qu'il avait formulées en 1982 au sujet de la gestion et de l'administration des services de santé aux autochtones. En résumé :

- on a élaboré des normes concernant les services de santé afin d'interpréter la politique de 1979 sur la santé des Indiens;

- la coordination des activités avec le MAINC s'est améliorée en ce qui concerne l'application des programmes;

- les recettes augmenteront grâce à la mise en oeuvre de nouvelles procédures cette année;

- les accords de contribution sont mieux administrés, mais les systèmes d'information de gestion actuels ne fournissent pas encore à la direction suffisamment d'information sur les programmes pour qu'on puisse surveiller efficacement l'application de ces ententes.

Cependant, dans le domaine des services de santé non assurés, malgré les mesures appliquées principalement dans les régions, les dépenses annuelles ne cessent de grimper.

OBSERVATIONS

Caractéristiques de la clientèle - La plupart des collectivités indiennes et inuit sont rurales. Le trait le plus marquant est encore l'isolation dans laquelle vivent les gens, coupés de tout service organisé. Cette isolation les empêche d'acquérir les ressources nécessaires pour améliorer leur niveau de vie. Elle rend le transport et la livraison des fournitures et du matériel coûteux et difficiles.

Il y a proportionnellement plus d'autochtones vivant au-dessous du seuil de la pauvreté que dans l'ensemble de la population. L'accessibilité limitée des services publics, le manque d'eau potable, l'insuffisance du réseau d'égouts et de distribution d'eau, de mauvaise condition des logements expliquent probablement les taux élevés de maladies respiratoires, digestives et infectieuses, et les taux élevés de mortalité qu'on observe chez les Indiens.

Admissibilité aux Services de santé des Indiens - L'admissiblité aux services est indiquée ici par catégories de bénéficiaires et par programme. Les Indiens inscrits sont toutefois séparés en deux catégories : ceux qui vivent dans des réserves (70 % en 1978) et ceux qui reçoivent généralement des services dans le cadre des régimes d'assurance-maladie des provinces.

	Indiens inscrits vivant dans des réserves	Indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves	Indiens non inscrits	Inuit	Métis
Santé communautaire	X			X	
Services de santé non assurés (inclus dans les services de santé communautaires)	X	X		X	
Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA)	X			X	
Traitement de l'alcoolisme (sous-activité du PNLAADA)	X	X	X	X	X
Hygiène et surveillance du milieu	X			X	
Services hospitaliers	X			X	
Programme de perfectionnement professionnel pour offrir aux Indiens et aux Inuit des carrières dans le domaine de la santé (sous-activité de l'administration)	X	X		X	
Programme des bourses (sous-activité de l'administration)	X	X	X	X	X

Évolution des dépenses du programme (Services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien). De 1982-1983 à 1985-1986, les dépenses du programme sont passées de 248 millions à 349 millions de dollars; le nombre d'années-personnes est demeuré sensiblement le même, passant de 2,521 à 2,568. Cette hausse des dépenses de 41 % en trois ans, dont la plus grande partie est attribuble aux services de santé des Indiens, s'explique principalement ainsi :

- les services de santé non assurés (médicaments, verres correcteurs, transports, etc.) qui coûtaient 80 millions de dollars en 1982-1983 entraîneront vraisemblablement des dépenses de 130 millions de dollars en 1985-1986; et

- au cours de la même période, le budget du Programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) passera de 16 millions à 53 millions, soit une augmentation de 37 millions de dollars.

Ce sont principalement de nouveaux fonds qui ont permis de supporter les dépenses de ces deux postes. La légère augmentation des ressources humaines (inférieure à 2 % et à l'augmentation de la population) s'est produite parce que les autochtones ont été encouragés à contrôler et à administrer leurs services de santé. Cette tendance se reflète dans l'augmentation des subventions et des contributions qui, au cours de cette même période de trois ans, sont passées de 36 millions à 82 millions, soit une augmentation de 46 millions de dollars (pour le PNLAADA principalement mais aussi pour d'autres programmes de santé communautaire), ainsi que dans le nombre d'autochtones engagés par des marchés de services personnels ou des marchés de services avec les bandes indiennes (533 en 1982; 1,357 en 1985).

Services de santé non assurés - Les services de santé non assurés pour les Indiens inscrits et les Inuit comprennent le transport pour des raisons médicales (le patient et l'escorte), les médicaments prescrits, les soins dentaires, les verres correcteurs, les prothèses et, au besoin, les primes d'assurance-maladie et les frais d'utilisation. Ces services sont accordés gratuitement à tous les Indiens inscrits et à tous les Inuit, peu importe leur lieu de résidence ou leur revenu, lorsque ces services ne sont pas fournis par la province. La prestation de ces services dépend uniquement, comme en fait état la Politique sur la santé des Indiens de 1979, du jugement professionnel du médecin ou du dentiste, ou d'autres normes canadiennes justes et comparables.

Le coût des services de santé non assurés est passé de 31 millions en 1977-1978 (36 millions de dollars en 1979-1980) à 110 millions de dollars en 1984-1985. En dollars constants (dollars de 1978), l'augmentation est encore de 120 %. L'évolution des coûts sera déterminée par

deux grands facteurs : en premier lieu, l'utilisation accrue de ces services par les Indiens et les Inuit en raison d'une meilleure prestation du programme, de la plus grande accessibilité des services, d'une plus grande sensibilisation des clients et de l'absence de tout examen des revenus; en second lieu, l'effet du projet de loi C-31, en vertu duquel les Indiens qui recouvrent leur statut auront droit à ces services. Les coûts supplémentaires au cours des cinq prochaines années devraient, selon les estimations, être de l'ordre de 100 à 200 millions de dollars.

L'incidence du projet de loi C-31 : Loi modifiant la Loi sur les Indiens - Cette loi mettra fin à la discrimination fondée sur le sexe dans la Loi sur les Indiens et permettra de réinscrire au registre des Indiens les personnes qui ont perdu leur statut en application de la loi antérieure. Le projet de loi a reçu la sanction royale le 28 juin 1985 et la loi est en vigueur depuis le 17 avril 1985.

Les estimations préliminaires effectuées par le MAINC indiquent que 23,000 Canadiens ont le droit de recouvrer leur statut et leur titre de membre de bandes indiennes tandis que 58,000 autres n'auront droit qu'au statut d'Indien. Environ 2,500 personnes devraient revenir dans les réserves. Toutes les personnes qui présentent une demande pour recouvrer leur statut d'Indien seront admissibles aux services de santé non assurés (lorsque ces derniers ne sont pas fournis par la province ou la municipalité de résidence) tandis que les personnes qui reviennent vivre dans les réserves auront droit à tous les services de santé. D'après leur expérience, les responsables de la Direction générale des services médicaux estiment que le coût des seuls services non assurés (en excluant le coût de la main-d'oeuvre supplémentaire et les frais généraux administratifs) s'élèveront à 321.90 $ par personne.

ANALYSE

Au cours des dernières décennies, le programme a permis d'améliorer les conditions sanitaires que des soins médicaux pouvaient corriger, mais non celles liées aux facteurs sociaux et au mode de vie. Il y a encore un écart entre l'état de santé des autochtones du Canada et celui des autres Canadiens, écart que la direction du programme cherche à éliminer par de nouveaux types de programme (PNLAADA, programme pilote de santé communautaire, représentants en santé communautaire) qui encouragent les

autochtones à participer davantage à la prestation des services de santé.

En outre, l'écart entre l'état de santé des autochtones et celui des autres Canadiens représente un obstacle important à la délégation de la gestion et du contrôle des services de santé aux collectivités autochtones. Qu'il y ait transfert ou non, les gestionnaires du programme sont d'avis que la nécessité de combler cet écart constitue le principal défi que doivent relever les responsables de la prestation des services de santé aux autochtones. Et pour ce faire, il faudra augmenter le budget.

Il n'existe pas de données objectives permettant d'évaluer l'efficacité du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA), d'abord parce que le programme n'est en vigueur que depuis trois à quatre ans, et ensuite parce qu'aucun critère d'évaluation bien défini n'a été élaboré jusqu'à maintenant. Nous reconnaissons que les retombées du PNLAADA, en ce qui a trait à la formation de dirigeants et au développement des aptitudes dans les collectivités locales, peuvent être aussi importantes, sinon davantage, que le taux de succès obtenu dans la réduction des effets néfastes de l'alcoolisme et de la toxicomanie. Toutefois, étant donné les résultats mitigés de programmes semblables appliqués ailleurs, l'affectation de ressources toujours plus importantes (le sixième du budget des Services de santé aux Indiens et aux populations du Nord canadien) s'explique jusqu'à maintenant davantage par un acte de foi que par des résultats objectifs ou quantifiables.

En ce qui concerne les services de santé non assurés, à moins que l'on ne prenne des mesures pour en limiter la demande, leur coût total (représentant 116 millions de dollars ou le tiers du budget des Services de santé des Indiens et des populations du Nord canadien en 1984-1985) continuera de grimper rapidement et d'accaparer des ressources qui pourraient être affectées à d'autres secteurs prioritaires.

Au cours des ans, la construction d'hôpitaux spéciaux destinés aux Indiens et aux Inuit était considérée comme nécessaire et souhaitable, particulièrement par les provinces (par exemple, l'hôpital Camsell, à Edmonton, soignait principalement les Indiens et les Inuit souffrant de tuberculose). Quelques-uns de ces hôpitaux, dont l'hôpital Camsell, ont été remis aux provinces et sont

maintenant administrés comme des hôpitaux ordinaires. D'autres, cependant, sont encore réservés aux Indiens et il est clair qu'ils offrent les mêmes services que les autres hôpitaux au même endroit, comme dans le cas de Cardston (Alberta) et de Sioux Lookout (Ontario).

L'engagement du gouvernement fédéral dans la prestation directe de services de santé aux Indiens et aux Inuit remonte loin dans l'histoire; la tradition et le désir d'éliminer les disparités expliquent principalement cet engagement. On admet que le gouvernement fédéral a une responsabilité à l'égard des affaires indiennes et que la prestation directe de services peut avoir représenté la seule solution réaliste dans le passé. Toutefois, le réseau de services de santé est aujourd'hui suffisamment développé dans toutes les provinces pour répondre aux besoins de tous les habitants, y compris les autochtones.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage :

- de confier au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social le transfert de la prestation des services de santé aux autochtones aux provinces ou, à défaut, à des organisations communautaires, d'ici au mois d'avril 1991.

- de charger le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'établir une politique sur les services de santé non assurés qui permettrait aux Indiens et aux Inuit de recevoir les mêmes services que tous les citoyens de la province ou des territoires où ils résident; les services supérieurs à ceux qui sont offerts devraient être fonction de l'examen des revenus des bénéficiaires.

- de maintenir le budget du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones au niveau de référence de 1985-1986 jusqu'au 31 mars 1988, et soumettre ce programme à un examen complet effectué par un groupe de personnes de l'extérieur de SBSC qui ont des compétences précises dans ce domaine.

SERVICES DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES DU NORD-OUEST ET DU YUKON

OBJECTIF

Aider les Indiens, les Inuit et les autres citoyens admissibles des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon à jouir d'un état de santé comparable à celui des autres Canadiens[1].

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les habitants des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon profitent directement de la prestation des services de santé.

DOCUMENTS HABILITANTS

Les Lois constitutionnelles de 1867 à 1982,

paragraphe 91(24), consacrent la compétence exclusive du gouvernement fédéral sur les affaires indiennes.

La Loi sur les Indiens, paragraphe 73(1), autorise le gouverneur en conseil à établir des règlements concernant les traitements médicaux et les services de santé destinés aux Indiens.

La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, article 5, confie au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada les questions qui visent la promotion ou le maitien de la santé, ainsi que la sécurité sociale et le bien-être social de la population du Canada qui relève du gouvernement fédéral.

Un décret de 1945 confie la responsabilité de la santé des Indiens au ministère de la Santé et du Bien-être social du Canada.

Une décision du Cabinet d'avril 1954 créait les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du

---

[1] Cet objectif est aussi celui du Programme des services de santé des Indiens de la Direction générale des services médicaux (SBSC).

Yukon pour répondre à tous les besoins des habitants du Nord en matière de traitements médicaux.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Les données sur les ressources ne s'appliquent qu'aux Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Les données combinées pour les Services de santé des Indiens et les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon figurent à l'évaluation des Services de santé des Indiens.

Dépenses par élément de budget*

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements et salaires	31,090	30,961	31,850	31,039	31,039
Dépenses de fonctionnement	27,764	29,901	34,714	32,651	32,651
Immobilisations	8,695	11,103	11,256***	9,395	12,411
Subventions et contributions*	2,506	5,826	8,112	5,323	5,323
TOTAL	**70,055**	**77,791**	**85,932**	**74,596**	**77,612**
Années-personnes	830	775	779	789	789
Recettes**	14,134	27,923	15,994	16,000	16,000

* Données fournies par SBSC - Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

** Recettes provenant du remboursement par les gouvernements des territoires pour les services hospitaliers et les services de santé communautaires.

*** Augmentation attribuable au transfert de l'hôpital de Frobisher Bay aux Territoires du Nord-Ouest.

Répartition des dépenses du programme - 84/85*
(milliers $ et A.-P.)

Lieu	Traitements, dépenses de fonctionnement et immobilisations	Subventions et contributions	Total (milliers $)	Total A.-P.
Yukon	18,838	702	19,540	313
T.N.-O.	58,905	7,012	65,917	465
Administration centrale (Ottawa)	77	398	475	1
TOTAL	**77,820**	**8,112**	**85,932**	**779**

* Données fournies par SBSC - Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

DESCRIPTION

Les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon de la Direction générale des services médicaux ont été créés par le Cabinet en 1954 pour fournir des soins actifs et des services d'hygiène publique à tous les habitants du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest. À cette époque, les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont assumé la responsabilité des services de santé aux Indiens vivant au Nord du 60e parallèle. Le gouvernement fédéral est intervenu "temporairement" pour assurer les services parce que les administrateurs des territoires étaient incapables de répondre adéquatement aux besoins des habitants du Nord en matière de santé.

On supposait que les gouvernements des territoires assumeraient la responsabilité des soins de santé lorsque le Nord atteindrait un stade de développement convenable, lorsque le Nord atteindrait un stade de développement convenable. Les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon remplissent les fonctions d'un service d'hygiène publique, s'occupant notamment de l'hygiène du milieu (qualité de l'eau et contrôle des eaux usées), de la promotion de la santé et du contrôle des maladies transmissibles. Les Services de santé dans les

Territoires du Nord-Ouest et du Yukon fournissent aussi des soins actifs dans les hôpitaux et les postes de soins infirmiers lorsque ces soins ne sont pas fournis par les gouvernements des territoires.

Dans les années 1960, les gouvernements des territoires ont créé des régimes d'assurance-hospitalisation et d'assurance-maladie. Au début des années 1970, lorsque ces gouvernements ont commencé à vouloir exercer un plus grand contrôle sur les services de santé, le gouvernement fédéral a entrepris des négociations avec eux au sujet du transfert des services fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Les négociations ont été reportées jusqu'en 1977 au Yukon, et se sont compliquées de plus en plus depuis, à cause des questions en suspens concernant les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale des autochtones au Canada. Jusqu'à maintenant, aucun transfert de services n'a été effectué au Yukon. Toutefois, dans les Territoires du Nord-Ouest, on a pu régler le transfert d'un hôpital à Frobisher Bay, de même que les questions de l'engagement des médecins et du transport des patients; les négociations se poursuivent sur d'autres questions.

Les soins de santé sont assurés par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon par le truchement de diverses installations adaptées aux besoins de la collectivité. Les postes sanitaires (six dans les Territoires du Nord-Ouest et cinq au Yukon) n'ont ni infirmier ni médecin résidents. Leur personnel peut se composer de représentants en santé communautaire ou d'employés non-professionnels. Ces unités servent de cliniques à partir desquelles les infirmières et les médecins visiteurs fournissent des traitements ou des services de santé communautaires. Les centres de santé (huit dans les Territoires du Nord-Ouest et dix au Yukon) comptent une ou plusieurs infirmières pour assurer des services communautaires et des soins d'urgence. Les postes de soins infirmiers (39 dans les Territoires du Nord-Ouest et deux au Yukon) ont une ou plusieurs infirmières pour assurer des services de santé communautaires, des traitements médicaux et des soins à court terme aux malades hospitalisés. Les hôpitaux-pavillons (deux dans les Territoires du Nord-Ouest et trois au Yukon) fournissent des services infirmiers permanents et ont un médecin sur place à temps complet ou à temps partiel. Les hôpitaux généraux (un dans les Territoires du Nord-Ouest et un au Yukon) fournissent des soins de santé primaires et secondaires.

Tous les services hospitaliers dans le Nord sont assurés par la Direction générale des services médicaux, sauf dans les hôpitaux de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith et de Frobisher Bay (T.N.-O.) qui relèvent du ministère de la Santé des Territoires du Nord-Ouest.

Lorsque les services ne peuvent être fournis sur place, le malade est transporté, accompagné d'une escorte, jusqu'au grand centre le plus près, généralement Vancouver, Edmonton, Winnipeg ou Montréal. L'hôpital général de Frobisher Bay, qui a été transféré de la Direction générale des services médicaux aux Territoires du Nord-Ouest il y a deux ans, est administré par un conseil communautaire composé d'autochtones et de non-autochtones.

Tous les services de médecins au Yukon sont assurés par des médecins d'exercice privé dont les allocations de déplacements sont payées par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Dans les Territoires du Nord-Ouest, les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon concluent généralement des contrats avec le gouvernement territorial pour assurer les services de médecins. La plupart des médecins dans les Territoires du Nord-Ouest travaillent donc à contrat pour le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Les services de médecins dans le district de Keewatin sont fournis par l'intermédiaire de l'hôpital de Churchill (Manitoba) et grâce à un contrat que les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon ont signé avec l'Université du Manitoba. Il y a également des médecins d'exercice privé dans les grands centres des Territoires du Nord-Ouest qui peuvent fournir des services pour le compte des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

Des services spécialisés sont offerts à Yellowknife et à Whitehorse. De plus, en vertu d'accords spéciaux avec l'Université McGill et les universités de l'Alberta et du Manitoba, des spécialistes visitent régulièrement les collectivités des Territoires. Sauf pour Old Crow, toutes les collectivités du Yukon sont accessibles par route; la plupart des collectivités des Territoires du Nord-Ouest sont isolées et ne sont accessibles que par avion ou bateau.

Les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon fournissent des services de santé à titre préventif. De plus, le personnel cadre assure une liaison permanente avec le gouvernement des Territoires et

avec les organisations et organismes autochtones. Dans chaque région, le médecin du programme remplit les tâches du médecin des Territoires.

Le programme des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon se divise en six composantes semblables à celles des Services de santé des Indiens.

Services de santé communautaire

Les infirmières en santé communautaire, les infirmières soignantes et les représentants en santé communautaire fournissent une vaste gamme de services : des services consultatifs, des soins primaires, des services techniques et la formation du personnel. Ces services visent aussi la promotion de la santé : la santé de la mère et de l'enfant, la nutrition, la sensibilisation à la santé communautaire et la santé mentale.

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA)

Le programme aide les Indiens et les Inuit à mettre sur pied et à diriger des programmes destinés à combattre la toxicomanie et l'alcoolisme. Le but immédiat est de mettre à l'essai et d'évaluer diverses solutions au problème de façon à établir les bases solides d'un programme continu dirigé par les autochtones eux-mêmes. Les moyens utilisés pour atteindre l'objectif du programme comprennent la diffusion de l'information, le counseling, la formation du personnel des projets communautaires, le financement de services de consultation interne et externe, la recherche, etc.

Soins dentaires

Des programmes de prévention et d'éducation sont conçus pour sensibiliser la population, et surtout les enfants d'âge scolaire, aux bienfaits de l'hygiène bucco-dentaire. Le personnel du programme et de plusieurs universités assurent des services de diagnostic et d'examen, des traitements dentaires d'urgence et des programmes annuels d'application préventive de fluorure. L'École nationale de dentothérapie de Prince Albert (Saskatchewan) a mis sur pied un programme d'enseignement postsecondaire d'une durée de deux ans pour former des auxiliaires dentaires qui assureront des services de prévention et de traitement dans les collectivités isolées et les réserves de tout le Canada.

Les soins dentaires de base sont fournis en partie par des dentistes d'exercice privé et en partie par des employés du programme qui utilisent du matériel portatif. Les services sont fournis par des dentistes, des dentothérapeutes, des hygiénistes dentaires et des assistants en dentisterie préventive.

Hygiène et surveillance du milieu

C'est une activité accomplie principalement par des agents d'hygiène du milieu et, dans une moindre mesure, par les infirmières et les représentants en santé communautaire; elle comprend l'inspection et la surveillance de la qualité de l'eau, des systèmes d'évacuation des eaux usées et d'élimination des déchets, du traitement des aliments et des services de restauration, le génie sanitaire, les services de réglementation, les services d'analyse en laboratoire pour la surveillance des épidémies, et l'exécution de programmes d'immunisation courants.

Services hospitaliers

La Direction générale des services médicaux a accepté la responsabilité des services de santé aux Indiens et aux Inuit. Une grande partie de la clientèle vit dans des régions éloignées et isolées; il faut donc organiser les services nécessaires et les rendre accessibles. Comme des soins de santé complets doivent inclure les services hospitaliers, la Direction générale a dû construire et entretenir des hôpitaux dans les régions où les services hospitaliers n'auraient pas été offerts autrement. Bien que la plupart des hôpitaux aient été construits principalement à l'intention des autochtones à l'origine, tous les habitants des Territoires, autochtones ou non, ont accès aux services hospitaliers.

Les hôpitaux sont très différents les uns des autres sur le plan de la taille, de la diversité et de la gamme des services qu'ils offrent (5 lits à l'hôpital-pavillon de Faro et 120 à l'hôpital de Whitehorse). Les hôpitaux comme celui de Whitehorse offrent un éventail complet de services diagnostiques, chirurgicaux, médicaux, pédiatriques et obstétricaux. La gamme des services offerts diminue selon la taille de l'établissement; les plus petits n'offrent que des services minimaux pour des maladies peu compliquées ainsi que des services obstétricaux courants et certains services diagnostiques. Tous les hôpitaux offrent cependant des services de consultation internes et externes.

Le coût des services de santé assurés et non assurés est assumé par le gouvernement fédéral pour tous les Indiens inscrits et tous les Inuit. Les gouvernements des Territoires paient les services de santé assurés pour la population non autochtone. Les non-autochtones doivent payer les services non assurés.

Répartition des bénéficiaires et des installations du programme*

Lieu	Clientèle	Population isolée	Hôpitaux	Postes de soins infirmiers	Centres de santé	Autres installations
Yukon	24,811	15,000	1	2	10	8
T.N.-O.	47,053	36,000	1	39	8	19
TOTAL	**71,864**	**51,000**	**2**	**41**	**18**	**27**

* Données fournies par SBSC - Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon

Accords de financement - Contributions du gouvernement fédéral

Nous donnons plus loin une illustration des types de paiements qui s'effectuent entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des territoires concernant les services de santé. En règle générale, le gouvernement fédéral reçoit un remboursement des territoires pour :

- tous les services hospitaliers et médicaux non assurés qu'il fournit aux habitants du Nord; et
- les services de santé communautaires fournis aux Indiens non inscrits et aux non-Inuit. Ces coûts varient selon la proportion que constituent les non-autochtones par rapport à l'ensemble de la population de chaque territoire.

Les gouvernements des territoires sont à leur tour remboursés pour les services de santé autres que les soins médicaux et hospitaliers fournis aux Indiens inscrits et aux Inuit. C'est surtout le cas dans les Territoires du

Nord-Ouest qui ont assumé des services tels que le transport des patients.

MAINC verse aussi des contributions aux gouvernements des territoires pour les services de santé fournis aux Indiens et aux Inuit. Les contributions de SBSC et du MAINC, ainsi que les fonds versés en vertu du Financement des programmes établis (FPE), sont appréciables.

Essentiellement, la Direction générale des services médicaux (SBSC) agit comme un ministère provincial de la Santé qui, au moyen de son Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, fournirait sous contrat des services de santé essentiels aux gouvernements des territoires jusqu'à ce que ces derniers négocient avec le gouvernement fédéral la prise en charge de ces services.

ÉVALUATIONS

En octobre 1985, dans un rapport d'étape qui faisait suite à son rapport de 1982, le vérificateur général signalait que :

- La Direction générale des services médicaux avait accompli des progrès dans l'interprétation globale de la politique de 1979 sur la santé des Indiens en élaborant des normes sur les services de santé et en accordant aux Indiens et aux Inuit un plus grand rôle dans la prestation des services de santé.

- Il y a, en 1985, une meilleure coordination des activités entre SBSC et le MAINC en ce qui concerne la prestation des programmes de santé destinés aux Indiens et aux Inuit grâce à la nomination d'un conseiller principal chargé de la coordination à la Direction générale des services médicaux, et à des accords entre SBSC et le MAINC.

- La plupart des directives et des procédures visant à assurer des normes uniformes de prestation des services de santé non assurés sont établies et appliquées par la Direction générale des services médicaux pour chaque région.

- La plupart des recommandations contenues dans le rapport de 1982 du vérificateur général et destinées à régler l'absence de lignes directrices,

l'inexactitude de l'information sur les coûts et la faible priorité donnée au recouvrement d'une grande partie des coûts assumés par la Direction générale des services médicaux pour la prestation de services remboursables sont en vigueur ou le seront d'ici au mois de décembre 1985.

- Les systèmes d'information de gestion de la Direction générale des services médicaux ne fournissent pas encore aux cadres supérieurs suffisamment d'information sur le programme pour qu'ils puissent surveiller efficacement les accords de contribution.

La Direction de l'évaluation des programmes de SBSC a terminé, en mai 1985, une étude présentant quatre options pour réaliser une évaluation en profondeur du Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon.

OBSERVATIONS

La question qui domine la planification et l'exécution du Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon est le transfert de ces services de la Direction générale des services médicaux (SBSC) aux gouvernements des territoires. Ce transfert dépend du règlement des questions constitutionnelles relatives à l'autonomie gouvernementale et aux revendications territoriales des autochtones. Le MAINC est le ministère qui a été chargé de toutes ces questions, y compris celle du transfert des services de santé qui doit se faire en consultation avec SBSC.

En 1981, le Cabinet a approuvé une proposition concernant le transfert des services de santé aux collectivités indiennes à titre d'essai pour une période de deux ans (la période a depuis été prolongée d'une autre année). Trente-trois collectivités participent maintenant à ce Programme pilote de santé communautaire. Depuis, la Direction générale des services médicaux a conçu un programme de perfectionnement professionnel pour ouvrir aux Indiens et aux Inuit des carrières dans le domaine de la santé, programme qui leur permet d'apprendre à administrer les programmes de santé communautaire. Ce programme est essentiel pour le transfert des services à des organisations dirigées par les collectivités.

Comme il a été indiqué précédemment, la prestation directe des services de santé par le gouvernement fédéral devait être une mesure "temporaire" jusqu'à ce que les gouvernements des territoires aient mis en place les moyens d'offrir ces services. Les gouvernements du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest semblent maintenant disposés à assumer la prestation directe des services de santé offerts actuellement par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. Le transfert des services fait actuellement l'objet de négociations dans les Territoires du Nord-Ouest, le directeur régional des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon agissant comme chef d'équipe pour le gouvernement fédéral.

Le Cabinet a approuvé une proposition commune de SBSC et du MAINC pour régler les problèmes de toxicomanie, ce qui a conduit à la création du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones.

Les membres du Groupe d'étude estime qu'il y a une certaine confusion en ce qui concerne les accords de contribution pour la prestation des services de santé entre SBSC et les gouvernements des territoires et entre ces derniers et le MAINC.

Les gouvernements des territoires signalent que les habitants non-autochtones s'inquiètent du fait que les habitants autochtones font assumer le coût des services de santé non assurés par le gouvernement fédéral tandis qu'ils doivent eux-mêmes débourser le coût de ces services.

La responsabilité des soins de santé complémentaires pour les Indiens et les Inuit est partagée actuellement entre la Direction générale des services médicaux et le MAINC; cependant, dans le cas des non-autochtones, ce sont les gouvernements des territoires qui assument cette responsabilité.

OPTIONS

Les options suivantes sont soumises au Groupe de travail :

a. Transférer les services de santé actuellement fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon aux gouvernements du Yukon et des Territoires du

Nord-Ouest d'ici au 1er avril 1988. Étant donné le succès du transfert des hôpitaux aux Territoires du Nord-Ouest, la gestion efficace de l'hôpital général de Frobisher Bay par un conseil communautaire et l'intention qu'a exprimée la Direction générale des services médicaux de confier ses services de santé directs aux gouvernements des territoires, nous recommandons cette option. Les gouvernements des territoires semblent vouloir prendre en charge, comme dans les provinces, la prestation directe des services de santé et semblent en avoir les moyens.

b. Maintenir le Programme des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon dans son état actuel.

c. Pour rationaliser le Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, il faudrait songer immédiatement à améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation de services de santé de traitement et de prévention au nord du 60e parallèle, c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. La Direction générale des services médicaux pourrait immédiatement apporter les améliorations suivantes :

- adopter une politique qui assurerait l'équité pour tous les habitants, autochtones et non autochtones, qui reçoivent des services de santé non assurés et des services de santé complémentaires au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, et ce, à partir du 1er avril 1987;

- rationaliser, dans le cadre de cette politique, les dépenses pour la prestation des services de santé non assurés aux autochtones d'ici au 1er avril 1987 et les maintenir au niveau de 1986-1987;

- jouer un rôle prépondérant dans l'établissement d'un mécanisme qui permettrait à SBSC et au MAINC d'examiner les accords de contribution, de déterminer toutes les sources fédérales de financement ainsi que d'évaluer et de surveiller

les dépenses totales du gouvernement fédéral consacrées aux services de santé fournis au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest;

- éliminer, en consultant le MAINC et d'autres ministères fédéraux, tout chevauchement qui peut exister en ce qui regarde les fonds fédéraux versés aux organisations indiennes et inuit pour les services de santé dans les collectivités autochtones;

- veiller à ce que la formation des professionnels et des paraprofessionnels de la santé dans les collectivités indiennes et inuit suivent le calendrier prévu pour le projet de transfert des responsabilités concernant la prestation des services de santé à ces collectivités;

- geler immédiatement les fonds consacrés au PNLAADA aux niveaux de référence de 1985-1986, jusqu'à ce qu'un groupe d'experts de l'extérieur du programme réalise une évaluation et que la Direction générale des services médicaux l'approuve;

- intégrer le processus de transfert des services de santé actuellement fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon au processus qu'est en train d'établir le MAINC pour l'attribution de l'autonomie gouvernementale aux collectivités indiennes et inuit. Cela ne suppose pas un transfert au MAINC des Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon, mais il devrait au moins y avoir une intégration des processus d'élaboration de la politique de SBSC et du MAINC.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de transférer les services de santé actuellement fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon aux gouvernements du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest d'ici au 1er avril 1988.

Une fois ce transfert effectué, le Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du

Yukon de la Direction générale des services médicaux pourrait être aboli.

Sous réserve de ce qui précède, il faudrait songer immédiatement à améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de traitement et de prévention au nord du 60e parallèle, c'est-à-dire ceux qui sont fournis par les Services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon. La Direction générale des services médicaux (SBSC) pourrait immédiatement apporter les améliorations suivantes :

- adopter une politique qui assurerait l'équité pour tous les habitants, autochtones comme non autochtones, qui reçoivent des services de santé non assurés ainsi que des services de santé complémentaires au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest, à partir du 1er avril 1987;

- rationaliser, dans le cadre de cette politique et d'ici au 1er avril 1987, les dépenses pour la prestation des services de santé non assurés aux autochtones et les maintenir au niveau de 1986-1987, et rationaliser les services de santé complémentaires offerts aux autochtones et aux non-autochtones dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon;

- jouer un rôle prépondérant dans l'établissement d'un mécanisme qui permettrait à SBSC et au MAINC d'examiner les accords de contribution, de déterminer toutes les sources de financement fédérales, ainsi que d'évaluer et de surveiller les dépenses totales du gouvernement fédéral consacrées aux services de santé fournis au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest;

- éliminer, en consultant le MAINC et d'autres ministères du gouvernement fédéral, tout chevauchement qui peut exister en ce qui regarde les fonds fédéraux versés aux organisations indiennes et inuit pour les consultations sur la santé dans les collectivités autochtones;

- veiller à ce que la formation des professionnels et des paraprofessionnels de la santé dans les collectivités indiennes et inuit suivent le calendrier pour le projet de transfert des

responsabilités concernant la prestation des services de santé à ces collectivités;

- geler immédiatement les fonds affectés au PNLAADA aux niveaux de référence de 1985-1986, jusqu'à ce qu'un groupe d'experts de l'extérieur du programme réalise une évaluation et que la Direction générale des services médicaux l'approuve.

CONTRIBUTIONS AUX GOUVERNEMENTS TERRITORIAUX À L'ÉGARD DES RÉGIMES HOSPITALIER ET MÉDICAL

OBJECTIF

Accorder aux gouvernements des territoires une aide financière sous forme de contributions pour les services de santé (services hospitaliers et soins médicaux) destinés aux Indiens et aux Inuit.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les Indiens et les Inuit du Nord canadien.

DOCUMENTS HABILITANTS

Loi de crédits. Le gouvernement fédéral a une compétence générale dans ce secteur en raison de sa responsabilité à l'égard des services aux autochtones et de ses relations spéciales avec les territoires.

RESSOURCES - CONTRIBUTIONS POUR LES SERVICES DE SANTÉ
(milliers $)

Dépenses	**82-83 Réel**	**83-84 Réel**	**84-85 Réel**	**85-86 Budget**
Services hospitaliers	9,540	8,515	23,128	15,341
Assurance-maladie	2,091	1,675	4,813	2,511
TOTAL	**11,631**	**10,190**	**27,941***	**17,852**
Contributions par territoire				
Yukon	1,805	1,484	2,279	1,689
T.N.-O.	9,826	8,706	25,662	16,163
TOTAL	**11,631**	**10,190**	**27,941**	**17,852**

Données fournies par le MAINC
* Comprend les arriérés de l'année précédente.

Note : Les paiements sont effectués par la Direction de la coordination et du développement social du Nord, Programme des affaires du Nord, ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC).

DESCRIPTION

Conformément au Financement des programmes établis (FPE), les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon (ainsi que les provinces) reçoivent une somme par habitant (actuellement 444 $) en points d'impôts et en espèces à titre de contributions du gouvernement fédéral pour les services hospitaliers et médicaux assurés, ainsi que pour les services de santé complémentaires.

De plus, il existe des accords de contribution distincts entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord et

- le Yukon, pour couvrir le coût total (moins la contribution en application du FPE) des soins hospitaliers et médicaux pour les Indiens inscrits indigents; aux fins de l'entente sur les soins hospitaliers, 95 % de la population est considérée comme indigente. Dans le cas des services médicaux, le paiement est fait pour les primes des Indiens inscrits qui ne sont pas déduites de leur salaire;

- les Territoires du Nord-Ouest, pour couvrir le coût total (moins la contribution en application du FPE) des services hospitaliers pour les Indiens inscrits et les Inuit indigents (dont la proportion est supposée s'élever à 95 %) ainsi que le coût total (moins les contributions faites en application du FPE) des services médicaux pour les Indiens inscrits et les Inuit.

Les ententes actuelles couvrent les années financières 1983-1984, 1984-1985 et 1985-1986.

OBSERVATIONS

Le coût très élevé des services hospitaliers et médicaux pour les autochtones et la forte proportion d'autochtones dans la population totale des territoires constitueraient un lourd fardeau pour le budget des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon si les coûts réels n'étaient pas assumés par le gouvernement fédéral. Cette contribution permet aux territoires d'offrir des programmes et des services comparables à ceux des autres provinces.

Les paiements qui s'effectuent entre le gouvernement fédéral et les gouvernements des territoires en ce qui

concerne les services de santé présentent une image confuse (voir l'annexe 1).

Le budget des dépenses est gonflé du fait que les sommes pour les services de santé sont inscrites dans les livres du gouvernement fédéral à la fois comme des dépenses et comme des recettes compensatoires. Étant donné les systèmes comptables employés au gouvernement, il n'y a aucune solution facile à ce problème.

La politique consistant à payer le coût réel des services hospitaliers et médicaux pour les Indiens et les Inuit n'est pas suivie dans les provinces.

ANALYSE

Il ne semble pas y avoir de chevauchement entre les paiements effectués dans le cadre de ce programme; toutefois, il est difficile d'en être certain.

Aucun organisme du gouvernement fédéral ne semble avoir le contrôle sur les paiements pour les services de santé faits aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

Il serait possible de réduire les dépenses du gouvernement fédéral (mais non pas le coût net) en transférant la responsabilité de la prestation de tous les services aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon et en les remboursant pour les services offerts aux autochtones.

OPTIONS

Laisser la responsabilité du programme de contributions au MAINC, mais confier à SBSC un rôle prépondérant dans la surveillance et l'évaluation de l'ensemble des dépenses du gouvernement fédéral pour les services de santé dans le Nord.

Statu quo. Cette option sera avantageuse au fur et à mesure que la responsabilité de la prestation des services sera confiée aux Territoires. Toutefois, elle laisse la responsabilité du financement des services de santé dans le Nord à deux ministères fédéraux, du moins à court terme.

Transférer la responsabilité du programme de contributions à Santé et Bien-être social Canada. Cela éliminerait toute confusion et tout chevauchement possibles

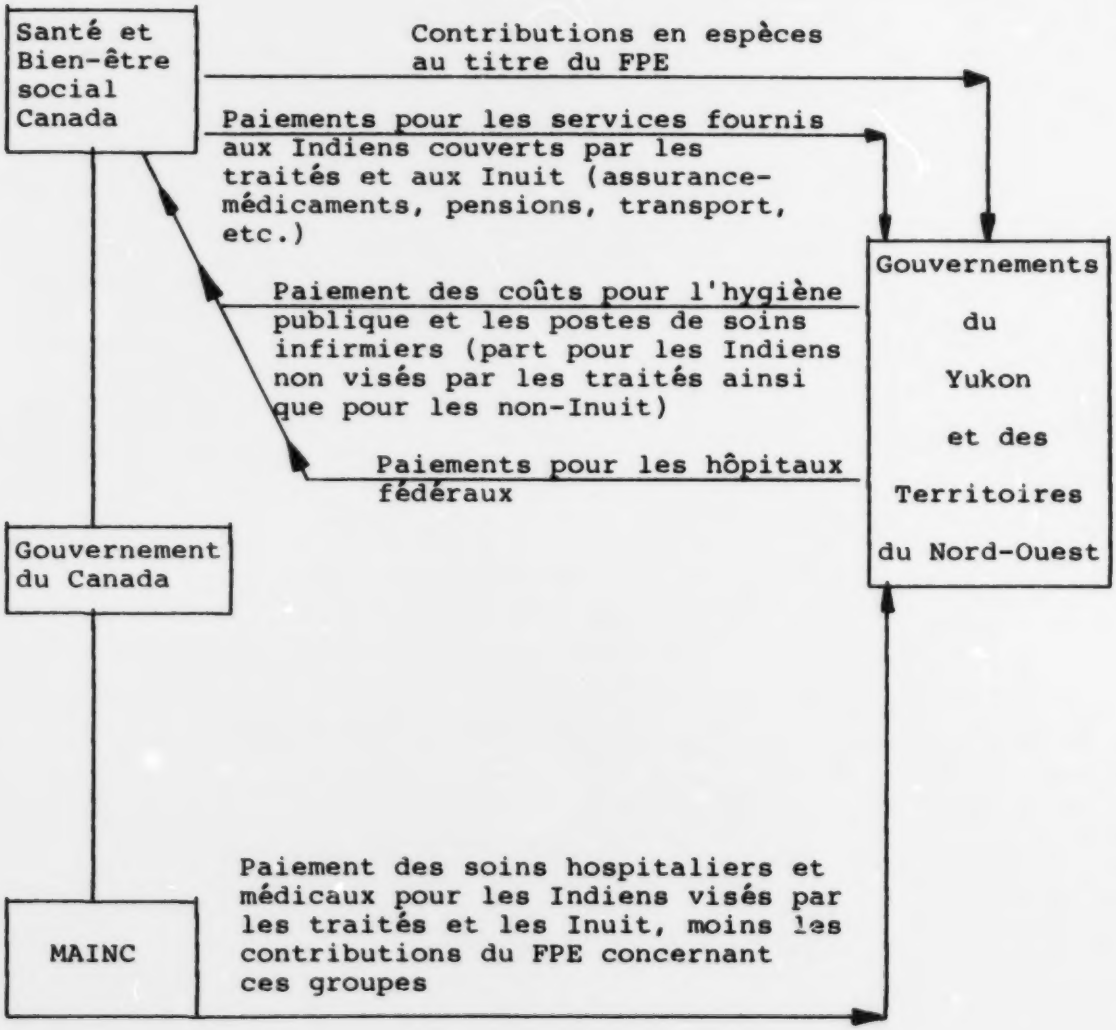
concernant le financement des services de santé dans le Nord.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de laisser la responsabilité du programme de contributions au MAINC, mais de confier à SBSC un rôle prépondérant dans la surveillance et l'évaluation de l'ensemble des dépenses du gouvernement fédéral pour les services de santé dans le Nord. Cette structure organisationnelle est conforme à la solution proposée à long terme, et permet un meilleur contrôle du financement des services de santé à court terme.

Après délégation de la responsabilité des services de santé aux gouvernements des territoires (voir l'analyse du Programme des services de santé dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon), ce programme de contributions serait inclus dans l'ensemble des fonds pour les services de santé et autres versés aux gouvernements des territoires.

ANNEXE 1

PAIEMENTS ENTRE LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LES TERRITOIRES CONCERNANT LES SERVICES DE SANTÉ POUR LES HABITANTS DU NORD



SERVICES DIRECTS À D'AUTRES CLIENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

APERÇU

PROGRAMMES

Le groupe de programmes qui constitue les Services directs aux autres clients du gouvernement fédéral est le résultat du regroupement des activités de trois programmes : les Services d'évaluation et de consultation sanitaires, les Services de prothèse, et les Services d'urgence.

OPTIONS

Vous trouverez ci-après les options qui s'offrent au gouvernement pour résoudre les problèmes décrits dans les examens de programmes subséquents.

Santé des fonctionnaires fédéraux

Étant donné l'augmentation rapide des coûts, la complexité technique du sujet et les effets possibles sur les conventions collectives des fonctionnaires fédéraux, il est impossible de faire des propositions précises en ce qui concerne ce programme. Nous suggérons cependant de lancer un appel d'offres auprès des cabinets d'experts-conseils ayant une expérience et une compétence reconnues le domaine de la gestion des ressources humaines, en particulier auprès de ceux qui sont spécialisés dans le domaine de l'hygiène professionnelle, afin qu'ils présentent des recommandations sur les points suivants :

- les objectifs appropriés en ce qui concerne la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux;
- la structure et la place dans l'organisation qui conviendraient pour la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux telle qu'elle existe actuellement;
- le niveau des ressources qu'il serait raisonnable d'allouer à la Santé des fonctionnaires fédéraux;
- les liens et rapports organisationnels qu'il conviendrait d'établir entre cette fonction et d'autres secteurs du gouvernement fédéral;

- les autres questions qui, de l'avis des experts-conseils retenus, devraient être réglées, notamment l'impartition de diverses composantes de la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux.

De plus, le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

Médecine aéronautique civile

Que la direction de la Médecine aéronautique civile reçoive pour instruction d'assurer l'établissement de normes de santé appropriées et l'application d'un système informatisé d'examens médicaux afin de permettre à des médecins du secteur privé d'évaluer correctement les capacités physiques des équipages aériens et des contrôleurs de la circulation aérienne.

Que les médecins-examinateurs de ce service certifient que leurs rapports d'examen médical sont complets et exacts et garantissent la bonne forme physique des personnes examinées.

Que les droits de délivrance des licences soient augmentés afin de récupérer les frais reliés à cette activité.

Que la Médecine aéronautique civile soit regroupée avec les autres composantes du programme de sécurité aérienne de Transports Canada.

Que les ressources de la Médecine aéronautique civile servant à appuyer le programme de sécurité aérienne soient réduites à 15 années-personnes et à 750,000 $.

Services de quarantaine et de réglementation

Que l'on transfère la responsabilité des services de quarantaine de la Direction générale des services médicaux à la Direction générale de la protection de la santé de Santé et Bien-être social Canada, étant donné les changements envisagés à la suite de l'examen des autres programmes de la Direction générale des services médicaux, et le mandat de la Direction générale de la protection de la santé en ce qui concerne le dépistage et le contrôle des maladies contagieuses.

Services médicaux aux fins d'immigration

Afin que tous les services et activités concernant les immigrants soient regroupés en un seul endroit au sein du gouvernement fédéral, que les Services médicaux aux fins d'immigration soient transférés de Santé et Bien-être social Canada à la Commission de l'Emploi et de l'Immigration du Canada, et intégrés aux autres éléments du programme d'immigration, et que la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social soit modifiée en conséquence.

Services de prothèse

Que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social informe les gouvernements provinciaux concernés que les centres de prothèses fédéraux qui n'auront pas été transférés aux organismes provinciaux le 1er avril 1986 mettront fin à leurs activités à cette date.

Que le sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social informe immédiatement tous les employés des Services de prothèse que leurs postes deviendront excédentaires le 1er avril 1986.

Qu'aucune ressource ne soit allouée à ce programme après l'année financière 1985-1986, mis à part celles qui sont nécessaires pour donner suite aux propositions susmentionnées, y compris les contributions aux fins de transfert.

Services d'urgence

Étant donné que les réserves d'urgence de santé et bien-être ont été très peu utilisées et que les provinces sont responsables de la prestation des services de santé et de bien-être sur leur territoire, nous suggérons les mesures suivantes :

- Réduire le nombre des dépôts fédéraux de fournitures de santé et de bien-être en cas d'urgence à deux ou trois qui seraient situés à des emplacements stratégiques au Canada, et transférer au ministère de la Défense nationale les responsabilités reliées à leur exploitation et à leur entretien.

- Se défaire des fournitures excédentaires en les mettant gratuitement à la disposition des

gouvernements provinciaux et en leur laissant la responsabilité de leur entretien ou encore les offrir à des pays en voie de développement.

- Offrir des séances de formation dans le domaine des services d'urgence selon une formule permettant le recouvrement des frais.

- Offrir des cours de premiers soins par l'entremise d'organisations non gouvernementales, (par exemple, l'Ambulance St-Jean, la Croix-Rouge, etc.).

MÉDECINE AÉRONAUTIQUE CIVILE

OBJECTIF

Fournir une aide et des conseils médicaux pour l'établissement de normes à l'intention du personnel de l'aviation civile; fournir des conseils sur tout ce qui touche à la santé des voyageurs aériens.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les équipages de l'aviation civile reçoivent des conseils sur les questions qui ont trait à leur santé.

Le ministère des Transports est informé de l'état de santé et des capacités physiques des équipages de l'aviation civile.

DOCUMENTS HABILITANTS

Loi sur l'aéronautique.

Procès-verbal du Conseil privé nº 94/4516 du 30 octobre 1946.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**82/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements	1,935	2,240	2,078	2,332	2,332
F et E (Autres dép.)	270	289	464	311	311
Immobilisations	91	279	8	30	30
TOTAL	**2,296**	**2,808**	**2,550**	**2,673**	**2,673**
Années-personnes	43	43	48	46	46

Source : Direction générale des services médicaux, SBSC.

DESCRIPTION

La Médecine aéronautique civile est un élément de ce programme qui comprend quatre activités différentes lui permettant de remplir un rôle consultatif auprès de Transports Canada (TC).

Évaluation clinique : étudier les rapports d'examen médical préparés par des médecins-examinateurs du secteur privé et informer TC de la condition physique des équipages civils et des contrôleurs de la circulation aérienne aux fins de la délivrance de licences; la formation des médecins-examinateurs et l'élaboration de normes sur la condition physique font également partie de cette activité.

Promotion de la sécurité : à la demande d'organismes de l'industrie aéronautique, donner des conférences, et de façon générale, promouvoir la sécurité.

Enquêtes sur les accidents : jusqu'en octobre 1984, le programme de Médecine aéronautique civile (MAC) fournissait des conseils à TC au sujet des facteurs médicaux et humains reliés aux accidents aériens; ces enquêtes relèvent maintenant du Bureau canadien de la sécurité aérienne (BCSA). En attendant que celui-ci dispose des compétences médicales requises, Santé et Bien-être social Canada (SBSC) a accepté de lui fournir les services de laboratoire et d'investigation médicale requis pour les enquêtes sur les accidents aériens.

Recherche-développement : la coordination et l'exécution des activités de recherche-développement afin d'améliorer ce qui touche à la médecine aéronautique dans la sécurité aérienne.

Cette activité est réalisée par le personnel du bureau central à Ottawa, en collaboration avec l'Administration canadienne du transport aérien, six bureaux régionaux qui partagent les mêmes locaux que ceux de l'ACTA, ainsi qu'avec l'Unité médicale de Toronto. Les médecins constituent environ un tiers du personnel et le reste est en majorité composé d'employés de bureau et de soutien. Cinquante pour cent environ de ce personnel travaille dans des bureaux régionaux, 10 % à l'Unité médicale de l'Aviation civile (Unité de recherche et de développement) située à Toronto, et 40 % à Ottawa.

ÉVALUATIONS

Un groupe de travail interministériel composé de représentants de Transports Canada, de Santé et Bien-être social Canada et du Bureau canadien de la sécurité aérienne a étudié les services médicaux requis par le Programme des transports aériens du ministère fédéral des Transports.

Ce programme a été examiné par les groupes d'étude suivants du Groupe de travail : Réglementation, Transports, ainsi que Citoyenneté, Travail et Immigration.

OBSERVATIONS

L'organisation de la sécurité aérienne au Canada a connu d'importants changements en 1984 lorsque le Bureau canadien la sécurité aérienne (BCSA) a été créé. Jusqu'à maintenant, c'était le programme de la MAC qui avait assuré à Transports Canada tous les services de soutien et les conseils en matière de médecine aéronautique civile dont il avait besoin. Ces fonctions ont été transférées de TC et du programme de la MAC au Bureau de la sécurité aérienne. Les enquêtes sur les accidents lui ont donc été confiées alors que la réglementation demeurait la responsabilité de TC. C'est également le Bureau de la sécurité aérienne qui a été chargé de déterminer les causes et les facteurs expliquant ces accidents, y compris les facteurs humains, fonction qui revenait jusque-là à la MAC. Le nouveau partage des responsabilités entre ces trois organismes a eu pour effet de répartir les spécialistes de la médecine aéronautique civile, qui était déjà peu nombreux au Canada, entre le BCSA et la MAC. Actuellement, c'est Santé et Bien-être social Canada qui assure, à titre temporaire, les services de soutien médicaux requis pour les enquêtes sur les accidents, conformément aux dispositions d'un protocole d'entente entre le BCSA et SBSC, en date du 28 décembre 1984. Cependant, la prestation par la MAC d'un soutien médical au BCSA pour les enquêtes sur les accidents se fait aux dépens des ressources du programme qui devraient être allouées à son autre secteur de responsabilité, celui du soutien médical à la fonction de réglementation de TC.

La création du BCSA est surtout le résultat d'une enquête menée par le juge Dubin sur la sécurité aérienne au Canada, à la suite de l'écrasement d'un avion de ligne à Cranbrook (C.-B.). Dans son rapport, le juge Dubin soulevait également d'autres questions. Notamment, parmi celles qui touchaient plus directement le programme de la MAC, on mentionnait qu'il faudrait assurer une meilleure formation aux médecins-examinateurs de l'Aviation civile (MEAC), faire une meilleure promotion de la sécurité et multiplier les activités de recherche-développement. Un groupe de travail interministériel composé de représentants de TC, du BCSA et de SBSC a analysé l'incidence de ces exigences supplémentaires sur les ressources des programmes. Ses recommandations figurent dans un rapport

intitulé "Civil Aviation Medical Services Required by the Federal Governement" datant de juin 1985.

Outre 16 années-personnes supplémentaires pour le BCSA, les enquêtes médicales et les services de laboratoires, ce rapport recommande que 13 années-personnes additionnelles soient accordées à la MAC, dont cinq seraient réservées à la recherche et au développement et les huit autres, au soutien des activités de réglementation et à la promotion de la sécurité.

Le rapport du groupe de travail fournit des chiffres détaillés concernant les statistiques relatives à la charge de travail et aux exigences connexes en matière d'années-personnes. Les deux tableaux ci-dessous ont été préparés en procédant à une extrapolation à l'aide de ces statistiques et ils présentent la répartition des années-personnes requises au cours de l'année financière 1984-1985 et les besoins dans ce domaine en 1985-1986.

Années-personnes utilisées en 1984-85

1984-85	**Admin. cen. à Ottawa**	**Régions**	**UMAC (R-D)**
Évaluation médicale	9*	19.8*	-
Formation des MEAC	-	2.2	-
Promotion de la sécurité	-	1.5	-
Enquête sur les accidents	-	1.1	-
Recherche et développement	-	-	5
Gestion et administration	6	4.4	-
TOTAL	**15**	**29.**	**5**

Estimation des années-personnes requises pour 1985-86

1985-86	Admin. cen. à Ottawa	Régions	UMAC (R-D)
Évaluation médicale	21*	12.5*	-
Formation des MEAC	-	3.8	-
Promotion de la sécurité	1	4.3	-
Enquête sur les accidents	-	-	-
Recherche et développement	-	-	10
Gestion et administration	5	4.3	-
TOTAL	**27**	**25.**	**10**

* Le transfert, des régions à l'Administration centrale à Ottawa, des années-personnes affectées à l'évaluation médicale s'explique surtout par l'informatisation de ce processus.

Comme l'Évaluation médicale est l'activité qui, de loin, accapare le plus de ressources financières et humaines (28.8 années-personnes, soit 65.5 % du total des années-personnes en 1984-1985, et 33.5 années-personnes, soit 64.4 % des besoins nouveaux, exclusion faite des frais généraux), c'est à elle que nous avons consacré l'essentiel de notre examen. Il s'agit d'une activité de soutien direct à la fonction de réglementation de TC. Il y a environ 78,000 détenteurs d'une licence de vol au Canada (pilotes et autres membres d'équipage, contrôleurs de la circulation aérienne, etc.) qui doivent se soumettre à des examens médicaux périodiques pour pouvoir la conserver. Certaines de ces licences sont valables pour une période de cinq ans, d'autres pour six mois seulement. La charge de travail totale ainsi créée représente quelque 66,000 examens médicaux par an. Ces examens sont effectués par environ 850 médecins-examinateurs de l'aviation civile qui proviennent du secteur et qui sont nommés partout au Canada par Transports Canada, sur les conseils de SBSC. Les rapports d'examen médical sont transmis à SBSC pour étude et pour que la MAC conseille TC. Cette vérification est à la fois administrative et médicale; 60 % environ des évaluations sont purement de routine, 20 % exigent des

consultations et les autres (20 %) nécessitent des consultations poussées; c'est cette dernière catégorie qui absorbe la moitié du temps que les services médicaux et administratifs consacrent à ces évaluations. La principale raison invoquée pour expliquer le pourcentage élevé d'évaluations exigeant une consultation et des ressources importantes de la MAC est que les médecins-examinateurs de l'aviation civile n'ont pas reçu une formation suffisante en médecine aéronautique. Voici comment le groupe de travail interministériel décrit le problème dans son rapport de juin 1985 :

> "Dans le passé, l'une des activités les plus souvent reportées, limitées ou omises a été la formation de médecins-examinateurs de l'aéronautique civile. Au moment de leur nomination, il peut en effet arriver que ces médecins ignorent à peu près tout de l'aviation et il n'y a actuellement aucun mécanisme qui les oblige à se perfectionner. Chaque médecin régional de l'aéronautique civile tente d'assister à des colloques et de participer à des visites, mais aucune région n'applique un processus systématique visant à garantir que les médecins-examinateurs de l'aéronautique civile -- c'est-à-dire les médecins qui font subir des examens médicaux aux détenteurs d'une licence de vol -- sont conscients des diverses exigences et du stress inhérents à l'aviation et de l'interaction possible de ces facteurs avec certains médicaments et certaines conditions. L'Organisation de l'aviation civile internationale a récemment adopté un programme de formation normalisé à ce sujet, mais le Canada n'a pas encore entrepris sa mise en oeuvre. Toutefois, le Directeur de la médecine aéronautique civile a demandé que l'on améliore la fréquence et la qualité de la formation des médecins-examinateurs et que l'on fasse en sorte que le Canada respecte la norme recommandée en cette matière (traduction)."

Comme on peut le voir, l'évaluation médicale et la formation des MEAC sont deux activités complémentaires utilisées par la direction de la MAC pour assurer le soutien des activités de TC dans le domaine de la délivrance des licences. Les besoins d'évaluations médicales décroîtront si l'on accorde une plus large place à la formation.

ANALYSE

La Médecine aéronautique civile consacre 65 % de ses années-personnes aux évaluations médicales, c'est-à-dire à la vérification des examens médicaux effectués par les MEAC (médecins du secteur privé). Certains prétendent que c'est une activité qui demande énormément de temps à cause des connaissances insuffisantes de ces examinateurs dans le domaine de la médecine aéronautique. À notre avis, le travail de vérification des employés de la MAC serait considérablement simplifié s'ils disposaient d'une série de normes suffisantes qui leur permettent d'examiner les pilotes, les contrôleurs de la circulation aérienne, etc. Mieux encore, nous estimons que les MEAC devraient certifier l'exhaustivité et l'exactitude de leurs examens ainsi que la bonne condition physique des personnes examinées par eux; le processus de délivrance des licences se bornerait alors essentiellement à enregistrer les résultats des examens et à contrôler la fréquence à laquelle les médecins se prononcent sur les rares cas spéciaux.

Nous estimons que cette activité de délivrance des licences devrait être menée selon le principe du recouvrement des coûts.

Nous nous sommes demandés s'il convenait que l'activité Médecine aéronautique civile relève de SBSC, et nous en sommes venus à la conclusion que l'on devrait sérieusement songer à la transférer à Transports Canada, et ce, pour les raisons suivantes :

- La MAC n'est pas un programme de santé isolé mais bien un élément d'un programme de sécurité aérienne;
- les médecins de la MAC ont très peu de contacts avec les autres groupes de médecins de SBSC;
- tous les éléments de la MAC à Ottawa et dans les administrations régionales partagent les mêmes locaux que TC;
- étant donné que la MAC est une activité de soutien à celles de TC, ce ministère est mieux placé que SBSC pour évaluer ses besoins de sécurité (dont une partie sont médicaux) et pour veiller à ce que tous s'acquittent de leurs responsabilités;

- les arguments invoqués auparavant, selon lesquels les médecins faisant enquête sur des accidents aériens devraient jouir d'une certaine indépendance vis-à-vis de TC, ne se justifient plus depuis la création du BCSA.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Demander à la direction de la Médecine aéronautique civile d'assurer l'établissement de normes de santé appropriées et l'application d'un système informatisé d'examens médicaux afin de permettre à des médecins du secteur privé d'évaluer correctement les capacités physiques des équipages aériens et des contrôleurs de la circulation aérienne.

- Demander aux médecins-examinateurs de ce service de certifier que leurs rapports d'examen médical sont complets et exacts et de garantir la bonne forme physique des personnes examinées.

- Augmenter les droits de délivrance des licences afin de récupérer les frais reliés à cette activité.

- Regrouper la Médecine aéronautique civile avec les autres composantes du programme de sécurité aérienne de Transports Canada.

- Réduire à 15 années-personnes et à 750,000 $ les ressources de la Médecine aéronautique civile servant à appuyer le programme de la sécurité aérienne.

SERVICES DE QUARANTAINE ET DE RÉGLEMENTATION

OBJECTIF

Prévenir l'importation de maladies au Canada; assurer une intervention prompte et compétente, à l'échelle nationale, en matière de santé publique de manière à pouvoir identifier, contrôler et isoler ces maladies; fournir des conseils aux voyageurs sur le plan sanitaire.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les Canadiens sont protégés contre les risques d'importation au Canada de maladies contagieuses pouvant donner lieu à une mise en quarantaine.

Les Canadiens qui voyagent à l'étranger reçoivent des conseils sur les questions qui touchent à leur santé.

DOCUMENTS HABILITANTS

Les lois constitutionnelles de 1867 à 1982 [paragraphe 91(2)] donnent au Parlement du Canada le pouvoir de légiférer en ce qui concerne les questions de quarantaine.

La Loi et les règlements sur la quarantaine.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	969	584	557	373	373
F et E (autres dépenses)	385	297	357	289	289
Immobilisations	27	1	-	14	8
TOTAL	**1,381**	**882**	**916**	**676**	**670**
Années-personnes	30	14	10	9	9

Source : Direction générale des services médicaux de SBSC.

Note : Les chiffres pour les AF 1982-1983, 1983-1984 et 1984-1985 comprennent certaines activités de réglementation qui ne faisaient pas partie des services de quarantaine.

DESCRIPTION

Ce programme a pour objectif de promouvoir la santé des Canadiens en prévenant l'importation au Canada de maladies infectieuses ou contagieuses. Grâce à un réseau de renseignements bien établi, comprenant notamment l'Organisation mondiale de la santé, le United States Centre for Disease Control et beaucoup d'autres centres internationaux, les responsables du programme se tiennent informés des maladies dont on soupçonne l'existence et des régions du monde où elles sévi raient. Le programme est particulièrement axé sur le dépistage d'un petit nombre de maladies extrêmement infectieuses et dangereuses, par exemple, le choléra, la peste et la fièvre jaune. La surveillance de la situation dans le monde entier permet de déterminer les activités sur lesquelles il faut mettre l'accent au Canada.

La principale activité consiste en des inspections de quarantaine effectuées par des agents d'hygiène du milieu qui, aux fins de la Loi sur la quarantaine, sont appelés agents de quarantaine. Ils opèrent dans tous les points d'entrée principaux (y compris six ports maritimes internationaux et onze aéroports internationaux) et appliquent la Loi et les règlements sur la quarantaine, conformément aux articles du Règlement sanitaire international établi par l'Organisation mondiale de la santé. Le travail se trouve facilité par les arrangements conclus avec Douanes et Accise, aux termes desquels les douaniers effectuent la première inspection et les agents de la santé n'interviennent que lorsque les documents (par exemple, les certificats de vaccination et les certificats de dératisation de navire) ne sont pas valides. La Loi sur la quarantaine donne aux agents de quarantaine le pouvoir de monter à bord de tout moyen de transport (navire, aéronef, train, véhicule automobile, etc. transportant des personnes, des marchandises ou du fret), d'exiger la présentation de registres ou autres documents, de réclamer l'examen médical de certaines personnes suspectes et de détenir toute personne ou tout moyen de transport jusqu'à ce qu'ils soient certains que les dispositions de la Loi et des règlements sur la quarantaine ont été observées. Les navires sont

soumis à des inspections périodiques afin de s'assurer qu'ils respectent les règlements sanitaires internationaux.

Ce programme a également pour objet d'informer les voyageurs internationaux des exigences en matière d'immunisation et des autres mesures prophylactiques, de présenter ces informations sous forme de brochure remise aux voyageurs sur demande, et diffusées auprès des agences de voyage et des médias. Cet élément doit également désigner des centres de vaccination contre la fièvre jaune au Canada (il y en a actuellement 41) et leur fournir des vaccins au coût de 150,000 $ par an.

ÉVALUATION

Ce programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation au cours des cinq dernières années.

OBSERVATIONS

Les ressources allouées aux services de quarantaine suffisent à peine à couvrir les besoins au Canada et à l'étranger. L'Ontario absorbe 52 % du budget des services de quarantaine (soit 479,000 $) à cause de la présence de l'administration centrale à Ottawa, de l'importance du trafic aérien international, du maintien d'une unité d'isolement au Centre médical de la Défense nationale à Ottawa, et de l'exploitation d'une clinique qui fournit des services directs (conseils aux voyageurs, vaccination, etc.) aux parlementaires et aux employés du gouvernement qui voyagent à l'étranger. La région de l'Atlantique dépense 23 % du budget, à cause du grand nombre d'aéroports et de ports internationaux qui s'y trouvent (Gander, Goose Bay, St-John's, Halifax, Saint-Jean (N.-B.)). Le Québec (13 %), la Colombie-Britannique (4 %), l'Alberta (1 %) et le Service outre-mer (6 %) se partagent le reste. La plupart des agents d'hygiène du milieu qui effectuent les inspections, et les autres membres du personnel de la Direction générale des services médicaux (DGSM) qui assurent des services de quarantaine, contribuent également à la prestation des services de santé destinés aux fonctionnaires fédéraux et de ceux destinés aux Indiens.

Un rapport, encore à l'état de projet, sur l'évaluation du Laboratoire de lutte contre la maladie de la Direction générale de la protection de la santé effectuée par SBSC, conclut que la Loi sur la quarantaine est administrée d'une manière anormale, étant donné les responsabilités de la

Direction générale de la protection de la santé dans le domaine du dépistage et du contrôle des maladies contagieuses, et sa présence dans les régions et recommande donc de transférer la responsabilité de l'application de la Loi sur la quarantaine et les ressources connexes, de la Direction générale des services médicaux au Laboratoire de lutte contre la maladie. Cette recommandation est motivée par la constatation que presque tous les cas de maladies contagieuses exotiques sont détectés dans une collectivité et non au point d'entrée. Le rapport précise que, lorsque ce type de cas se présente, l'établissement du diagnostic, le traitement de la personne atteinte et le repérage des autres personnes qui ont pu être contaminées dans la collectivité relèvent plus du mandat de la Direction générale de la protection de la santé que de celui de la Direction générale des services médicaux. En ce qui nous concerne, nous avons constaté que les ressources actuelles des Services de quarantaine servent surtout à prévenir l'importation au Canada de maladies infectieuses et contagieuses alors que le rapport ci-dessus examine le problème qui se pose lorsque la maladie a déjà été importée au Canada.

ANALYSE

Dans la mesure où il n'y a pas eu d'épidémie grave de maladies infectieuses ou contagieuses au Canada au cours des dernières années, on peut considérer que le programme des Services de quarantaine est efficace.

Depuis 1978, la Direction générale des services médicaux a déployé des efforts considérables pour rendre le service plus économique, en confiant aux douaniers le soin d'effectuer les premières inspections et en chargeant le personnel de santé de Transports Canada de faire le travail qui était auparavant celui du personnel infirmier des Services de quarantaine. Il semble difficile de réduire les ressources du programme sans compromettre son efficacité et de mettre en cause l'engagement pris par le Canada à l'endroit de l'Organisation mondiale de la santé.

Il n'y a pas de double emploi entre ce programme et d'autres programmes fédéraux ou provinciaux.

Nous sommes d'accord avec la conclusion de l'évaluation ministérielle selon laquelle l'administration de la Loi sur la quarantaine ressortit davantage au mandat de la Direction générale de la protection de la santé qu'à celui de la

Direction générale des services médicaux. Cependant, compte tenu de la méthode de prestation et de l'organisation actuelles de la Direction générale des services médicaux, ce transfert -- y compris le transfert complet du budget -- ne pourrait se faire sans compromettre les autres activités de la DGSM.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de transférer la responsabilité des activités de quarantaine, de la Direction générale des services médicaux à la Direction générale de la protection de la santé de SBSC, compte tenu des changements envisagés à la suite de notre examen des autres programmes de la Direction générale des services médicaux, et étant donné le mandat de la Direction générale de la protection de la santé en ce qui concerne le dépistage et le contrôle des maladies contagieuses.

SERVICES MÉDICAUX AUX FINS D'IMMIGRATION
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Déterminer l'admissibilité médicale des futurs immigrants et de certaines catégories de visiteurs au Canada, et faire des recommandations dans ce domaine; prendre les dispositions financières nécessaires pour assurer des soins médicaux aux immigrants et aux visiteurs lorsque la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada (CEIC) a décidé qu'il s'agissait bien d'une responsabilité fédérale.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

La CEIC est informée de l'état de santé et des capacités physiques des futurs immigrants.

Les immigrants, les réfugiés et les résidents temporaires bénéficient des soins médicaux.

DOCUMENTS HABILITANTS

L'article 5 c) de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social confie au ministre la responsabilité de "l'inspection et du soin médical des immigrants".

La Loi et les règlements sur l'immigration.

Plusieurs décrets du conseil.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**83/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements	3,483	3,008	3,339	800	800
F et E (autres dép.)	1,818	1,846	1,990	165	165
Immobilisations	6	-	8	-	-
TOTAL	**5,307**	**4,854**	**5,337**	**965**	**965**
Années-personnes	71	47	50	28	28

Source : Direction générale des services médicaux de SBSC.

Note : La principale différence entre les chiffres du budget de 1984-1985 et celui de 1985-1986 a trait au transfert de 23 années-personnes et de 3,049,000 $ aux Affaires extérieures. La rubrique "F et E (autres dépenses)" pour 1984-1985 comporte également une somme d'environ 1,400,000 $, réservée au traitement médical d'urgence des réfugiés parrainés par le gouvernement fédéral, que SBSC n'a pas été autorisé à dépenser au-delà de l'année financière 1984-1985.

DESCRIPTION

La Loi sur l'immigration exige que les futurs immigrants et d'autres catégories de personnes qui entrent au Canada (par exemple, immigrants et certaines catégories de travailleurs, de visiteurs et d'étudiants) subissent un examen médical. La plupart de ces examens sont effectués dans le pays d'origine par des médecins désignés par les agents médicaux du programme. Le personnel des Services médicaux aux fins d'immigration (SMI) examine les rapports d'examen et décide si l'état de santé d'un immigrant présente un danger pour la santé de la population canadienne, s'il serait une charge excessive pour les services de santé ou les services sociaux ou encore si son état de santé pourrait l'empêcher de subvenir à ses propres besoins. Environ 144,000 rapports médicaux ont ainsi été évalués en 1984-1985; c'est ce qui constitue la plus importante activité des SMI. De plus, les SMI tiennent Immigration Canada informé des règlements applicables pour ce qui concerne les exigences relatives à la santé aux fins d'immigration; ils tiennent un répertoire des médecins désignés, prennent les mesures nécessaires pour assurer des soins médicaux et des services d'hospitalisation aux immigrants nouvellement arrivés, paient les services de santé non assurés pour les personnes jugées admissibles à une aide par la CEIC et fournissent aide et conseils à la CEIC dans le cas de projets spéciaux, tels que les projets ayant trait aux réfugiés.

L'activité "évaluation" est décentralisée : la région du Québec de la Direction générale des services médicaux traite les rapports d'examen médical des personnes qui se trouvent déjà dans la province (par exemple, les étudiants étrangers) et assure la liaison avec le gouvernement provincial, qui s'intéresse de très près aux questions

d'immigration; c'est habituellement l'administration centrale à Ottawa qui s'occupe des autres candidats au Canada et aux États-Unis. Toutes les évaluations médicales des personnes examinées ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis sont traitées dans 14 centres par des médecins dont les postes ont été récemment transférés aux Affaires extérieures (voir note ci-dessus). Ce sont surtout les bureaux régionaux de la Direction générale des services médicaux qui tiennent la CEIC quotidiennement informée et assurent la prestation des services non couverts par une assurance. Entre les médecins et le personnel de bureau et les autres employés de soutien travaillant aux SMI, le rapport est d'environ 1 à 2.5.

Les 23 médecins dont les postes ont été transférés aux Affaires extérieures travaillent dans 14 villes et sont parfois trois ou quatre dans certaines des villes les plus importantes. Il y a des bureaux à Port-of-Spain (Trinité), Mexico, Kingston (Jamaïque), Paris, Londres, Bonn, Rome, Athènes, New Delhi, Abidjan (Côte-d'Ivoire), Nairobi, Singapour, Manille et Hong Kong. En plus des services médicaux de l'immigration, ces médecins offrent également un service d'hygiène professionnelle aux Canadiens employés dans nos ambassades.

ÉVALUATION

Ce programme a été examiné par le Groupe d'étude sur les programmes de réglementation et celui sur la citoyenneté, le travail et l'immigration, qui relèvent tous les deux du Groupe de travail chargé de l'examen des programmes.

OBSERVATIONS

Les Services médicaux aux fins d'immigration (SMI) sont une composante du programme de réglementation qui a pour objet de prévenir l'importation de maladies contagieuses au Canada. Ils évaluent également la charge financière que l'entrée au pays d'un immigrant représente pour le système canadien de services de santé et de services sociaux. Les SMI constituent aussi en partie un programme de prestation d'avantages sociaux en ce sens qu'ils acquittent le coût des services non assurés fournis, au Canada, aux personnes admissibles. Si l'on tient compte des ressources transférées aux Affaires extérieures pour des raisons administratives et du coût des services de santé non assurés fournis aux diverses catégories d'immigrants, le coût total

du programme dépassera 5.5 millions de dollars en 1985-1986. Notre examen du programme porte sur les coûts totaux du programme.

La majorité des immigrants parrainés par le gouvernement fédéral sont des personnes en bonne santé dont l'apport à la vie économique du Canada devrait être positif. Cependant, l'instabilité politique et la violence qui règnent dans un certain nombre de pays sont devenus des motifs importants d'immigration au Canada. Sur le total prévu de 90,000 immigrants en 1985, on estime que le gouvernement fédéral parrainera 15,000 réfugiés et en acceptera 7,000 autres pour des raisons d'ordre humanitaire. Le coût des traitements médicaux et dentaires non assurés est beaucoup plus élevé pour les personnes qui appartiennent à ces dernières catégories que pour les immigrants "ordinaires". La somme de 1.8 million de dollars prévue par la DGSM pour 1985-1986 ne suffira peut-être pas si l'on ajoute foi aux interventions de certains représentants des gouvernements provinciaux qui déclarent être obligés d'absorber des coûts qui devraient être la responsabilité du gouvernement fédéral.

ANALYSE

L'évaluation médicale faite par les médecins des Affaires extérieures qui travaillent à l'étranger et par le personnel des SMI au Canada fait partiellement double emploi avec le travail des médecins de pratique privée au Canada et à l'étranger. Cependant, si l'on éliminait du processus d'admission l'obligation de subir un examen médical ou si l'on refusait les immigrants, les visiteurs ou les travailleurs temporaires qui viennent au Canada, ou encore, si on laissait le soin du contrôle médical à des médecins de pratique privée, on renoncerait alors à un élément important des critères d'entrée, qui sont la prérogative du gouvernement fédéral. C'est pourquoi nous estimons que l'activité "évaluation médicale" doit être maintenue.

Les services médicaux de l'immigration ne sont pas un programme de santé en soi mais font partie d'un programme de réglementation.

Les activités relatives aux réfugiés ont souvent créé des charges de travail spéciales et imprévues pour lesquelles la mise en place de ressources n'avait pas été autorisée. Pour obtenir cette autorisation, SBSC et la CEIC ont souvent fait des démarches, chacun de leur côté, auprès

du Conseil du Trésor. Puisque la CEIC est l'organisme responsable dans le domaine de l'immigration, il semblerait logique qu'elle soit chargée de la coordination de toutes les exigences dans ce domaine, y compris les exigences médicales.

Étant donné que l'immigration est une responsabilité fédérale et que l'entrée au Canada de non-Canadiens est contrôlée par le gouvernement fédéral, la responsabilité financière des prestations de santé devrait continuer à être assumée par le gouvernement fédéral jusqu'à ce que ces personnes, qu'elles soient entrées légalement ou non au Canada, acquièrent le statut d'immigrant reçu.

OPTIONS

Transférer les Services médicaux aux fins d'immigration de Santé et Bien-être social Canada à la Commission de l'emploi et de l'immigration du Canada.

Statu quo.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de transférer les Services médicaux aux fins d'immigration de Santé et Bien-être social Canada à la Commission de l'Emploi et de l'Immigration du Canada, et de les intégrer aux autres éléments du programme d'immigration, afin que tous les services et toutes les activités concernant les immigrants soient regroupés en un seul endroit au sein du gouvernement fédéral. La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social devra être modifiée en conséquence.

SANTÉ DES FONCTIONNAIRES FÉDÉRAUX
(Santé et bien-être social Canada)

OBJECTIF

Promouvoir et maintenir la santé des fonctionnaires et des autres employés du gouvernement en assurant, en fonction des besoins, un service complet d'hygiène professionnelle à tous les employés.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les ministères fédéraux sont informés des questions d'hygiène professionnelle touchant leurs employés.

Les fonctionnaires fédéraux reçoivent des conseils au sujet des problèmes affectant leur santé.

DOCUMENTS HABILITANTS

Aux termes de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (alinéa 5e)), les fonctions du ministre englobent les questions visant "le progrès et la sauvegarde de la santé des fonctionnaires civils et autres employés de l'État".

La Politique d'hygiène et de sécurité professionnelles du Conseil du Trésor (CT 698074 du 12 juin 1970).

RESSOURCES

Santé des fonctionnaires (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**82/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements	7,671	9,791	11,034	15,385	16,055
F et E (autres dépenses)	1,338	1,952	2,887	2,387	2,440
Immobilisations	339	376	998	1,038	1,116
TOTAL	**9,348**	**12,119**	**14,919**	**18,810**	**19,611**
A.-P.	203	250*	283*	374*	393*

Source: Direction générale des services médicaux, SBSC

* Le programme Santé des fonctionnaires fédéraux (SFF) est l'une des quatre composantes du Programme des services d'évaluation et de consultation sanitaires de la Direction générale des services médicaux (DGSM), dont l'administration, qui mobilise 27 années-personnes, est incluse en compte dans la composante SFF.

DESCRIPTION

Cette activité a pour objet de promouvoir l'hygiène et la sécurité professionnelles et d'assurer les services de santé nécessaires afin de préserver la santé et le bien-être de tous les employés fédéraux, où qu'ils soient, et de réduire l'incidence des maladies liées au travail. Elle consiste à procéder à des examens médicaux, et à fournir des services de consultation et des traitements d'urgence aux employés dans 88 infirmeries situées un peu partout au Canada. Elle vise également à fournir à la direction des services de consultation et de surveillance du milieu.

Les principales activités annuelles du programme Santé des fonctionnaires fédéraux peuvent se résumer comme suit:

- 225,000 consultations;
- 39,000 examens médicaux de pré-embauchage et examens médicaux périodiques, dont:
  - 25,000 effectués par du personnel infirmier du programme et évalués par des médecins du programme;
  - 7,000 effectués par des médecins de pratique privée et évalués par des médecins du programme;
  - 7,000 effectués par des médecins du programme;
- 30,000 traitements d'urgence et premiers soins;
- 50,000 radiographies et épreuves en laboratoire;
- 7,000 injections;
- 450 inspections de sécurité des lieux de travail par des agents de l'hygiène du milieu;
- 3,000 séances de counseling concernant les problèmes reliés à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la santé mentale et au travail de l'employé visé;
- 5,000 consultations au sujet des problèmes de santé reliés au travail.

Les services susmentionnés sont assurés par un effectif de 315 employés, dont voici la composition : 28 médecins,

151 infirmières en hygiène professionnelle, 39 agents de l'hygiène du milieu, 12 coordonnateurs de l'aide aux employés et 85 employés du service administratif et technique. L'effectif augmente, mais il n'a pas encore atteint les 374 années-personnes affectées pour 1985-1986.

Le tableau ci-dessous donne, pour 1984-1985, la ventilation géographique de la clientèle fédérale, des années-personnes et des dépenses relatives au programme Santé des fonctionnaires fédéraux.

Année financière 84-85	**Fonct. féd.**	**A.-P.**	**Dépenses totales (milliers $)**
Bureau central d'Ottawa	-	34	2,657
Région de la capitale nationale (RCN)	99,337	106	4,519
Région d'outre-mer	1,709*	4	764
Région de l'Atlantique	29,261**	39	1,885
Québec (sauf RCN)	26,245	33	1,587
Ontario (sauf RCN)	14,500	21	1,295
Manitoba	9,734	8	423
Saskatchewan	5,912	4	228
Alberta	13,028	13	631
Colombie-Britannique	20,400	19	854
Yukon	955	2	69
T.-N.-O.	1,506	-	7
TOTAL	**222,587**	**283**	**14,919**

Source : Direction générale des services médicaux, SBSC

* Ce chiffre n'englobe pas les personnes à charge.
** Ce chiffre se décompose comme suit : 14,338 en N.-É., 7,441 au N.-B., 5,440 à T.-N. et 2,042 à l'Î.-P.-É.

ÉVALUATION

Le programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation au cours des cinq dernières années. Il a été examiné par le Groupe d'étude sur la citoyenneté, le travail et l'immigration, qui relève du Groupe de travail.

OBSERVATIONS

En décembre 1983, SBSC a demandé au Conseil du Trésor, pour la période de quatre ans allant de 1983-1984 à

1986-1987, une affectation de 10,655,000 $ et de 218 années-personnes en plus des 9,622,000 $ et des 189 années-personnes prévues dans le budget de 1983-1984. La demande de ressources supplémentaires était fondée sur les motifs suivants :

- une diminution relative des ressources allouées à SFF au cours de la période 1974-1983 afin de lui permettre de s'acquitter de responsabilités de plus en plus importantes;

- une plus grande sensibilisation des employés et de leurs agents de négociation en ce qui concerne les conditions susceptibles de nuire à la santé du travailleur;

- la décentralisation des ministères;

- l'accroissement de la charge de travail par suite de la création du Programme d'aide aux employés (il s'agit d'un programme destiné à aider les employés dont le rendement s'est détérioré à cause de problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie, etc.);

- les problèmes dans les laboratoires du gouvernement fédéral;

- les inquiétudes au sujet des dangers pour la santé que peuvent présenter les immeubles à bureaux, des changements technologiques et de l'automatisation du travail de bureau.

Les ministres qui siègent au Conseil du Trésor ont approuvé les augmentations suivantes :

1984-1985	4,546,000 $	89 A.-P.
1985-1986	6,220,000 $	128 A.-P.
1986-1987	7,034,000 $	147 A.-P.

Ces ressources supplémentaires ont été autorisées pour que le programme d'hygiène professionnelle puisse être appliqué en respectant les normes et exigences du Conseil du Trésor exposées dans sa Politique d'hygiène et de sécurité professionnelles (CT 698074 du 12 juin 1970) ainsi que ses politiques, normes et procédures subséquentes. Elles n'ont aucun lien direct avec la négociation de conventions collectives dans le secteur public.

Les ressources supplémentaires semblent avoir été réparties de façon relativement égale entre toutes les régions du Canada, à l'exception de la Région de la capitale nationale, qui en a reçu moins. Pour ce qui est de la main-d'oeuvre, le nombre de coordonnateurs du Programme d'aide aux employés a triplé, passant à 12, celui des agents de l'hygiène du milieu a doublé, passant à 40, celui des infirmières en hygiène professionnelle a augmenté de 60, passant à 150, tandis que le nombre de médecins est demeuré à peu près constant, s'établissant entre 28 et 30, et que le nombre des employés du service technique et de soutien est passé d'environ 55 à 85.

D'après les affectations budgétaires de 1985-1986, le programme SFF représente une dépense annuelle d'environ 85 $ par employé, laquelle est assumée par le gouvernement fédéral en tant qu'employeur. Le ratio années-personnes/ nombre de fonctionnaires fédéraux est de 1/588. Aux États-Unis, il est d'environ 1/750.

La demande de services de SFF se divise en deux catégories : les services de traitement pour lesquels la demande est relativement forte et les services de prévention pour lesquels la demande est faible. La seconde catégorie comporte toutefois une exception importante en ce sens que les gestionnaires de la fonction publique recourent de plus en plus aux services des agents de l'hygiène du milieu (AHM) pour procéder à des inspections à la suite de plaintes reçues au sujet de conditions de travail non sécuritaires. De façon générale, les gestionnaires font des commentaires assez favorables à propos du travail des AHM et semblent savoir comment utiliser leurs services. Par contre, ils n'apprécient pas vraiment le travail du personnel infirmier et des médecins en hygiène professionnelle, sauf pour les traitements d'urgence, les premiers soins et les services analogues.

ANALYSE

Il existe très peu de données objectives sur l'efficacité qui puissent servir à un examen de programmes du genre. En fait, le Conseil du Trésor n'a pas demandé une évaluation exhaustive du programme avant d'autoriser un important accroissement des ressources il y a deux ans.

Le Groupe d'étude estime qu'il convient de modifier substantiellement l'organisation et les principales visées de SFF étant donné qu'il s'agit d'un programme d'hygiène

professionnelle dont le but est essentiellement la prévention des maladies liées au travail. En ce qui concerne le contenu et les activités du programme, nous estimons que la plupart des fonctions relatives aux traitements, aux examens médicaux de pré-embauche et aux examens médicaux périodiques, aux analyses en laboratoire et aux radiographies pourraient être assumées par des médecins de pratique privée et par les services communautaires existants. Pour ce qui est des premiers soins, le nombre actuel de personnes ayant reçu la formation nécessaire et de postes de premiers soins créés dans le cadre des activités des ministères (mais en dehors du programme SFF) devraient, si les ressources sont bien déployées, permettre de satisfaire à la demande actuelle et future.

D'après l'utilisation qui est faite des différents services offerts par SFF, nous concluons que les gestionnaires de la fonction publique ne comprennent pas bien les objectifs et les avantages d'un bon programme d'hygiène professionnelle. Cette remarque peut aussi s'appliquer dans le cas de certains employés qui assurent également des services d'hygiène professionnelle (HP). Il convient d'affecter des ressources pour mieux définir le programme, sensibiliser la direction notamment pour l'informer des services offerts aux gestionnaires et aux employés dans le cadre du programme lorsqu'il faudrait faire appel aux ressources de l'extérieur du gouvernement) et à former le personnel de SFF.

Pour que le programme SFF devienne plus efficace, il faut préciser les responsabilités des différents intervenants quant aux résultats à obtenir, c'est-à-dire celles du Conseil du Trésor, qui établit les normes, celles des responsables de SFF, qui assurent les services d'hygiène professionnelle, et celles des gestionnaires des ministères, qui s'occupent des résultats opérationnels globaux, de la gestion des ressources et de la productivité du personnel. Enfin, le Groupe d'étude est d'avis que les gestionnaires des ministères et les responsables de SFF devraient participer activement à l'élaboration des normes d'hygiène professionnelle, le Conseil du Trésor faisant fonction d'employeur et d'évaluateur du rendement.

Le déploiement actuel des unités de SFF vise à permettre à chaque employé d'accéder aux services qui lui sont offerts; il tend à accentuer la prestation de services de traitement et la demande, par les employés, de services qui pourraient être assurés par la collectivité.

Nous sommes inquiets de l'ampleur de l'augmentation du coût de ce programme.

OPTIONS

Compte tenu de l'accroissement rapide des coûts, de la complexité de la question sur le plan technique et des répercussions possibles sur les conventions collectives dans la fonction publique, il n'est pas possible de formuler des recommandations précises au sujet de ce programme. Toutefois, nous proposons de lancer un appel d'offres auprès des maisons d'experts-conseils ayant une expérience et une compétence reconnues dans le domaine de la gestion des ressources humaines en particulier dans le secteur de l'hygiène professionnelle, pour qu'elles fassent des recommandations concernant les aspects suivants :

1. les objectifs appropriés pour la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux;

2. la struccture et la place dans l'organisation qui conviendrait pour la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux telle qu'elle existe actuellement;

3. le niveau des ressources qu'il serait raisonnable d'allouer au programme Santé des fonctionnaires fédéraux;

4. les liens et rapports organisationnels qu'il conviendraient d'établir entre cette fonction et les autres secteurs du gouvernement fédéral;

5. les autres questions qui, de l'avis des experts-conseils retenus, devraient être réglées, notamment l'impartion de diverses composantes de la fonction Santé des fonctionnaires fédéraux.

Il ne faudrait pas accroître les ressources de ce programme pour 1986-1987, tant que l'on ne disposera pas des résultats de l'étude sur les objectifs qui conviennent pour un programme sur la santé des fonctionnaires fédéraux.

SERVICES D'URGENCE
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Avec la collaboration d'autres paliers de gouvernement, assurer des services de santé et de bien-être dans les situations d'urgence nationale.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les bénéficiaires ultimes visés sont les victimes de désastres possibles en temps de paix ou de guerre, c'est-à-dire les personnes et les organismes qui recevraient les services et les fournitures de santé et de bien-être nécessaires dans les situations d'urgence.

Voici les bénéficiaires immédiats :

Les provinces et, par leur entremise, les municipalités qui reçoivent de l'aide pour planifier, organiser et fournir des services visant à répondre aux besoins de la population en matière de santé et de bien-être en cas de désastres.

Les personnes qui ont reçu une formation en cas d'urgence.

Les fonctionnaires fédéraux qui se sont inscrits au programme de formation en secourisme.

DOCUMENT HABILITANT

Le décret 1305 (1981) assigne au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social la responsabilité de mettre sur pied et d'exploiter une Régie nationale d'urgence pour la santé et le bien-être social (RNUSBS).

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Dépense de fonctionnement	2,049	2,290	2,374	2,343	2,343
Dépenses en immobilisations	10	42	44	18	12
TOTAL	**2,059**	**2,332**	**2,418**	**2,361**	**2,355**
Années-personnes	31	29	31	30	30

DESCRIPTION

Le programme Services d'urgence, qui relève de la Direction générale des services médicaux de SBSC, s'inscrit dans le cadre d'un réseau de planification d'urgence créé en vertu du Décret sur la planification d'urgence (C.P. 1981-1305) du 21 mai 1981. Ce décret assigne des responsabilités précises à certains ministres fédéraux et aux régies nationales d'urgence mises sur pied. Citons, par exemple, la Régie nationale d'urgence pour la santé et le bien-être social, dont les pouvoirs, fonctions et attributions sont les suivants :

- Aider et conseiller les autorités provinciales et municipales et tout autre organisme en matière de services d'urgence de santé et de bien-être social.

- Coordonner et fournir les services d'urgence dans le domaine des soins médicaux, infirmiers ou hospitaliers et de la sanité publique.

- Coordonner et fournir les services d'urgence en matière de bien-être social, soit distribuer des aliments et des vêtements, assurer le logement et l'inscription, de même que fournir les services de renseignements et des services personnels.

- Formuler des normes de santé applicables à la nourriture, à l'eau, aux médicaments et aux produits pharmaceutiques, de même qu'à l'exposition dans des zones contaminées (produits radioactifs, chimiques ou toxiques), et conseiller les régies nationales d'urgence et les ministères sur ces normes.

- Stocker et répartir les fournitures médicales et sanitaires, de même que les trousses de bien-être provenant des réserves nationales, de même que réquisitionner et distribuer des ressources supplémentaires, s'il y a lieu.

- Contrôler et répartir la main-d'oeuvre médicale et professionnelle qui ne fait pas partie des Forces canadiennes ainsi que les travailleurs sociaux.

- Veiller à la distribution des prestations de sécurité et d'aide sociales essentielles.

- Déterminer ou évaluer l'étendue des traumatismes ou blessures dues aux radiations, et établir l'ordre de priorité pour les traitements.

- Déterminer l'étendue des dommages causés aux établissements hospitaliers et aux services de santé et de bien-être, et établir les priorités concernant leur réparation ou leur remplacement.

- Diriger ou coordonner la mise en oeuvre d'ententes d'aide médicale et sociale mutuelle entre le Canada et les États-Unis.

L'organisme fédéral chargé de la coordination globale est Planification d'urgence Canada, dont le directeur exécutif relève du sous-ministre de la Défense nationale. C'est le Bureau du Conseil privé qui assure l'orientation de la politique. SBSC est représenté au Comité interministériel de planification d'urgence, qui fournit des conseils sur les questions relatives aux services sanitaires et sociaux cas d'urgence.

Les Services d'urgence participent aux quatre activités principales suivantes :

- Planification, consultation et conseils en vue de l'élaboration de plans destinés à permettre aux provinces d'assurer les services sanitaires et sociaux essentiels dans les cas d'urgence ou de désastre national.

- Organisation de cours destinés au personnel des services sanitaires et sociaux, dans le but de satisfaire aux exigences des programmes provinciaux de services d'urgence.

- Élaboration de programmes de formation afin que les ministères fédéraux de la Région de la capitale nationale puissent respecter les normes établies par le Conseil du Trésor en matière de premiers soins.

- Maintien de réserves d'urgence de manière que la population dispose des trousses de bien-être et des fournitures médicales et sanitaires nécessaires pour survivre pendant au moins sept jours dans le cas d'une urgence nationale majeure.

Près de la moitié du budget de fonctionnement du programme (crédits et années-personnes) est consacrée à la dernière activité, c'est-à-dire au maintien des réserves; l'autre moitié permet d'élaborer et de mettre à jour des plans nationaux, de fournir des conseils aux provinces et d'assurer des services de formation par l'entremise d'un personnel composé à peu près également de spécialistes constituant une équipe pluridisciplinaire et d'employés de soutien administratif. Les spécialistes sont recrutés dans les domaines suivants : médecine, pharmacie, sciences infirmières, travail social, sciences domestiques et enseignement.

Une vaste gamme de médicaments, de fournitures médicales ou de bien-être et d'appareils, sont stockés à divers dépôts et emplacements un peu partout au Canada. Ces réserves de secours sont actuellement évaluées à 47,039,368 $. Les produits ayant une date de péremption sont renouvelés grâce à une entente conclue avec les fournisseurs; le renouvellement, qui représente une faible fraction du coût du réapprovisionnement (500,000 $ par an), vise à garantir que les médicaments et les autres produits sont toujours propres à la consommation.

La formation en cas d'urgence est assurée essentiellement au Collège de la protection civile du Canada, à Arnprior (Ontario). L'aide à la formation est fournie dans le domaine de la planification des services sanitaires et sociaux et des établissements de soins spéciaux, dans le cadre des cours généraux organisés par Planification d'urgence Canada et de cours spéciaux sur les services de santé d'urgence destinés au personnel des

services sanitaires et sociaux. En plus des cours donnés à Arnprior, les employés des Services d'urgence ont participé à des programmes de formation en simulation des secours aux blessés et à des exercices de simulation organisés par les provinces; ils ont fait fonction de critiques dans le cas des exercices de simulation tenus dans les provinces. Des conférences ont également été données à la demande d'organismes comme l'Ambulance St-Jean, de diverses associations de professionnels de la santé ainsi que d'organisations nationales et internationales oeuvrant dans le domaine de la santé (par exemple, l'Organisation mondiale de la santé).

ÉVALUATION

Aucune ces cinq dernières années.

OBSERVATIONS

L'origine de la constitution des réserves d'urgence remonte à la Seconde Guerre mondiale. En effet, dans le cadre de la planification en temps de guerre, on avait commencé à constituer des stocks afin de pouvoir fournir plus de lits et de matériel aux hôpitaux et de meilleurs soins aux blessés. Ce n'est que récemment qu'on a commencé à se servir du matériel et des fournitures stockés pour les situations d'urgence en temps de paix. La liste ci-dessous donne des exemples de la participation des Services d'urgence lors de désastres survenus au Canada au cours des dix dernières années. Dans chaque cas, on a assuré des services sanitaires ou sociaux, des fournitures ou du matériel, ou des services de consultation d'urgence afin de venir en aide à la population après le désastre.

Port Alice (C.-B.) - glissement de terrain/inondation
St. Boniface (Manitoba) - ouragan
Niagara (Ontario) - blizzard
Moose Jaw (Saskatchewan) - incendie
Sydney (Nouvelle-Écosse) - besoin urgent de sang
Paulatuk (T.N.-O.) - accident d'avion
Aéroport international de Toronto - accident d'avion
London et région avoisinante (Ontario) - tornade
Mississauga (Ontario) - déraillement
Aylmer et Buckingham (Québec) - incendies dans une maison de convalescence et dans un hôpital
Chapais (Québec) - incendie
Barrie (Ontario) - tornade

Nord de l'Ontario - évacuation à cause d'un incendie de forêt
Manitoba - évacuation à cause d'un incendie de forêt

Par ailleurs, il a été demandé aux Services d'urgence de SBSC de fournir par l'entremise des Affaires extérieures, de l'Agence canadienne de développement international (ACDI) et de l'Aide humanitaire internationale, des fournitures et du matériel médicaux lors du tremblement de terre au Guatemala, de la sécheresse qui a sévi en Éthiopie et au Soudan, et du séisme au Mexique.

La demande de cours et d'autres formes d'assistance offerts par les Services d'urgence a augmenté à un rythme rapide et constant au cours des dernières années et ne semble pas encore vouloir diminuer. Le tableau ci-dessous présente des statistiques sur le nombre de personnes qui ont assisté à des exposés dans le cadre des cours parrainés par Planification d'urgence Canada (catégorie 1), qui ont suivi d'autres cours (sauf les cours de premiers soins) donnés par les Services d'urgence (catégorie 2), ou des cours de premiers soins (catégorie 3), ou qui ont participés à des séances de formation d'un à cinq jours, offertes aux provinces et aux territoires (catégorie 4).

Nombre de participants aux différents cours offerts par les Services d'urgence

	81/82	82/83	83/84	84/85
Catégorie 1	S/O	328	382	448
Catégorie 2	243	460	532	603
Catégorie 3	1,629	2,063	2,061	2,390
Catégorie 4	270	393	642	938
	2,142	3,244	3,616	4,379

Source : Direction générale des services médicaux, SBSC.

Ces services de formation sont fournis gratuitement aux utilisateurs, c'est-à-dire aux gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux ainsi qu'à des organismes privés ou semi-publics.

Le Magasin des Services d'urgence à Ottawa compte 14 employés; toutefois, deux années-personnes assurent un service qui ne lui est pas propre, à savoir l'entreposage et la distribution de publications pour les Services médicaux et d'autres directions générales de SBSC. Les dépenses

salariales et les frais de fonctionnement relatifs à ce service sont compris dans les chiffres sur les ressources déjà fournis.

ANALYSE

Lors de l'examen des aspects sanitaires et sociaux du Décret sur la planification d'urgence, nous avons tenu compte des facteurs suivants :

- La prestation des services de santé et de bien-être dans les cas d'urgence relève essentiellement des provinces; celles-ci, et même les collectivités locales, sont de mieux en mieux organisées pour affronter les conséquences des désastres et autres situations d'urgence en temps de paix.

- Jusqu'à présent, les fournitures et le matériel d'urgence de SBSC n'ont surtout servi que lors de situations d'urgence locales.

- Étant donné les moyens de transport actuels, il est possible de transporter des fournitures d'urgence d'une région à l'autre du pays en peu de temps.

- L'accroissement du nombre d'accidents et de dangers sur le plan de la santé et de la sécurité risque d'entraîner une augmentation de la demande de services et de fournitures d'urgence dans le domaine de la santé et du bien-être.

- Le gouvernement fédéral se doit de planifier des services dans l'éventualité de désastres nationaux ou d'autres situations d'urgence en temps de paix, d'aider les provinces à faire face aux situations d'urgence qui se produisent sur leur territoire et, à titre de membre de la communauté internationale, d'envoyer des secours aux autres pays qui ont besoin d'aide.

Les dépenses actuelles au titre des services de santé et de bien-être d'urgence se divisent en trois catégories : constitution des réserves, planification et formation. Pour ce qui est de la constitution des réserves, nous estimons qu'il n'est plus nécessaire pour le gouvernement fédéral de maintenir autant de réserves dans un si grand nombre d'endroits. Il semble que deux ou trois dépôts situés à des points stratégiques au Canada devraient suffire pour

permettre au gouvernement fédéral d'assumer ses responsabilités. On pourrait offrir les fournitures et le matériel excédentaires aux gouvernements provinciaux, pour leur permettre de satisfaire à leurs besoins ou de les utiliser comme réserves de secours, ou aux pays du tiers monde qui ont les moyens de s'en servir. Quant aux dépôts qui restent, le ministère de la Défense nationale, étant donné le rôle qu'il doit assumer en temps de paix et en temps de guerre, semble très bien équipé pour les exploiter et les utiliser dans les situations d'urgence.

La fonction Planification d'urgence proprement dite n'est pas remise en question, dans la mesure où Planification d'urgence Canada se charge de coordonner les activités des Services d'urgence de SBSC et celles des autres ministères et organismes fédéraux.

Le Groupe d'étude estime que la prestation de séances de formation complète le rôle consultatif des Services d'urgence. Toutefois, il juge qu'il faudrait répartir le coût de la formation entre les utilisateurs. De cette façon, ces derniers exigeraient peut-être moins du programme des Services d'urgence; faute d'un meilleur outil de mesure de l'efficacité, les frais de participation seraient un moyen d'évaluer l'intérêt réel des organismes qui envoient des représentants aux séances de formation.

Le Groupe d'étude se demande s'il est toujours nécessaire de continuer à former des fonctionnaires fédéraux à raison de plus 2,000 par an en leur offrant des cours de premiers soins. Les Services d'urgence, à eux seuls, ont assuré la formation de 10,694 fonctionnaires au cours des six dernières années, sans compter les employés fédéraux qui ont été formés par d'autres organismes, tels que l'Ambulance St-Jean. À notre avis, le Conseil du Trésor devrait déterminer si le nombre requis a été atteint et faire appel à l'avenir à des organisations non gouvernementales oeuvrant déjà dans ce domaine. Le fait de décharger les Services d'urgence de ces responsabilités présenterait un autre avantage en ce sens que les responsables du programme pourraient se concentrer davantage sur ce qui devrait être leur principal rôle, soit la planification.

OPTIONS

Réserves

- Réduction
- Élimination
- Statu quo

Formation en cas d'urgence

- Recouvrement des frais (auprès des utilisateurs)
- Suppression de la formation
- Recours aux marchés de services pour la formation
- Statu quo

Cours de premiers soins

- Cours offerts par des organisations non gouvernementales
- Recouvrement des frais (auprès des utilisateurs)
- Statu quo

Étant donné que les réserves d'urgence ont été très peu utilisées et que les provinces se chargent de la prestation des services de santé et de bien-être sur leur territoire, le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Réduire le nombre des dépôts fédéraux de fournitures de santé et de bien-être en cas d'urgence à trois au maximum, situés à des points stratégiques au Canada, et transférer au ministère de la Défense nationale les responsabilités reliées à l'exploitation et à l'entretien de ces dépôts.

- Offrir gratuitement les fournitures excédentaires aux gouvernements provinciaux pour leurs hôpitaux ou encore aux pays en voie de développement.

- Offrir des séances de formation en cas d'urgence selon une formule permettant le recouvrement des frais.

- Offrir des cours de premiers soins par l'entremise d'organisations non gouvernementales telles que l'Ambulance St-Jean, la Croix-Rouge, etc.

VALEUR DES RÉSERVES DISPONIBLES

Dépôts de fournitures régionaux - (gérés par le MDN)

Chilliwack	- C.-B.	1,491,321 $	
Calgary	- Alb.	1,972,826	
Shilo	- Man.	1,845,034	
Borden	- Ont.	3,774,699	
Petawawa	- Ont.	3,683,185	
Valcartier	- Québec	3,218,962	
Debert	- N.-É.	3,311,898	
	Total	19,297,924 $	19,297,924 $

Dépôts de fournitures médicales - Services de santé d'urgence

Cambridge	- Ont.	2,205,010 $	
Shawinigan	- Québec	3,805,020	
Nanaimo	- C.-B.	377,156	
	Total	6,387,224 $	6,387,224 $

Provinces et territoires (environ 300 emplacements choisis)

Colombie-Britannique	3,075,791 $	
Alberta	2,811,598	
Saskatchewan	1,085,051	
Manitoba	762,812	
Ontario	3,547,972	
Québec	2,097,379	
Nouveau-Brunswick	453,142	
Nouvelle-Écosse	894,998	
Île-du-Prince-Édouard	151,454	
Terre-Neuve	513,137	
Territoires du Nord-Ouest	111,405	
Yukon	24,819	
Total	15,529,558 $	15,529,558 $

Valeur des formulaires des Services de bien-être dans les Provinces

Sacs de sang

Dans les provinces	92,972 $	
Dans les dépôts (Services d'urgence)	25,030	
Dans les dépôts (Croix-Rouge)	240,166	
Total	358,168 $	358,168 $

Dépôt d'Ottawa		
Valeur des réserves restantes - y compris les fournitures de formation et en stock ainsi que le matériel de manutention	5,113,913 $	5,113,913 $
TOTAL GÉNÉRAL		**47,039,368 $**

SERVICES DE PROTHÈSE
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Assurer des services de prothèse et d'orthèse aux anciens combattants handicapés et aux autres personnes qui en ont besoin.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Six mille huit cent cinquante-huit (6,858) personnes handicapées dans cinq provinces (Nouveau-Brunswick, Québec, Ontario, Manitoba et Colombie-Britannique) ont reçu des services d'ajustement et de réparation dans six centres de prothèses en 1984-1985.

DOCUMENTS HABILITANTS

Décret concernant le transfert des services de prothèse du ministère des Affaires des anciens combattants à SBSC - C.P. 1965-218.

Décision du Cabinet 132-77 concernant le transfert des centres de prothèses à d'autres autorités.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu*
Frais de fonctionnement	3,495	2,417	2,317	2,673	2,673
Dépenses en immobilisations	48	61	48	23	24
Subventions et contributions	1,995	225	-	-	-
DÉPENSES TOTALES	**5,538**	**2,703**	**2,365**	**2,696**	**2,697**
A.-P.	78	59	58	62	62
Recettes	1,957	1,275	1,111	1,330	700

DESCRIPTION

Le programme Services de prothèse s'occupe de fournir, d'ajuster et de réparer les prothèses ou orthèses, les chaussures orthopédiques et les dispositifs semblables qui ont été prescrits par un médecin et qui sont faits sur mesure pour les anciens combattants souffrant d'un handicap physique et d'autres Canadiens, pourvu que le service demandé soit autorisé en vertu d'une entente avec les provinces. Le programme, mis en oeuvre par la Direction générale des services médicaux de SBSC compte six centres de prothèses au Canada, qui s'occupent de l'ajustement et de la réparation de ces dispositifs.

Le tableau ci-dessous donne la ventilation des bénéficiaires selon la province et l'emplacement des centres qui relevaient encore de la Direction générale des services médicaux au ler avril 1985 :

Province	Nbre de bénéficiaires	Emplacement des centres
Nouveau-Brunswick	792	Saint-Jean
Québec	600	Montréal
Ontario	915	London
Manitoba	1,643	Winnipeg
Colombie-Britannique	2,908	Vancouver et Victoria
TOTAL	**6,858**	

Le programme Services de prothèse a été établi après la Seconde Guerre mondiale, essentiellement pour venir en aide aux amputés de guerre. Quarante ans après, des centres de vente privés existent dans certaines grandes villes et la technologie a beaucoup progressé dans ce domaine. En 1977, le gouvernement fédéral a approuvé une politique autorisant la tenue de négociations bilatérales avec les provinces en vue de transférer les centres de prothèses à des établissements compétents du secteur public provincial et de mettre sur pied un centre fédéral de consultation et d'information lorsque tous les centres auront été transférés. Les négociations menées jusqu'à ce jour ont abouti au transfert de six centres situés à Halifax, à Ottawa, à Toronto, à Regina, à Calgary et à Edmonton. Le transfert du centre de London (Ontario) à l'hôpital Parkwood devrait être terminé d'ici au 15 janvier 1986.

ÉVALUATION

Le programme Services de prothèse n'a fait l'objet d'aucune évaluation officielle au cours des cinq dernières années.

OBSERVATIONS

En comparant les données sur les divers centres de prothèses, on remarque des différences notables dans le nombre de bénéficiaires par année-personne et dans le coût brut (c'est-à-dire sans tenir compte des recettes) par bénéficiaire :

Centre	Nbre de bénéficiaires	Total des frais de fonctionnement (milliers $)	Total des A.-P.	Nbre de bénéficiaires par A.-P.	Coût brut par bénéficiaire
Saint-Jean (N.-B.)	792	173	4.4	180	218 $
Montréal	600	253	7.0	86	422 $
London (Ont.)	915	283	7.4	124	309 $
Winnipeg	1,643	501	12.7	129	205 $
Vancouver et Victoria	2,908	846	18.5	157	291 $
TOTAL - Centres régionaux	**6,858**	**2,056**	**50.0**	**137**	**300 $**
Bureau central d'Ottawa	-	309	8.0	-	-
TOTAL - Programme	**6,858**	**2,365**	**58.0**	**118**	**345 $**

À l'heure actuelle, les centres de prothèses desservent moins de 10 % du marché canadien; le gouvernement fédéral (Anciens combattants, Gendarmerie royale du Canada et Défense nationale) représente 47 % de leur clientèle.

Les installations sont décrites comme étant "presque archaïques". Très peu de capital a été investi depuis 1977 alors que la technologie évolue rapidement.

Si les centres ne peuvent être transférés avec succès, il est probable que c'est surtout parce qu'ils ne sont pas rentables. En 1977, les recettes tirées du programme représentaient les deux tiers des dépenses; au cours des trois dernières années financières, elles ne couvraient qu'entre 35 % et 48 % du coût du programme. Les contributions qui ont été versées pour assurer les transferts représentaient généralement le quintuple du déficit annuel du centre.

Il existe d'autres services de prothèse dans toutes les villes où se trouvent des centres de prothèses de SBSC, sauf à Saint-Jean (N.-B.). Dans ce dernier cas, les services de prothèse sont fournis à Fredericton.

En raison du retard dans le transfert des autres centres à des organismes provinciaux (à cause des déficits d'exploitation élevés), le ministère envisage la possibilité de fermer les centres lorsque des organismes privés offrent les mêmes services.

On a élaboré un mandat pour un Service de consultation national en matière de prothèses et d'orthèses qui continuerait à fonctionner après le transfert des autres centres fédéraux de prothèses, veillerait à l'orientation de ce secteur à l'échelle nationale et aiderait à assurer, de façon efficiente et efficace, des services de prothèse et d'orthèse dans tout le pays.

ANALYSE

De l'avis du Groupe d'étude, le programme Services de prothèse n'a plus sa raison d'être.

Dans la mesure où les frais engagés dans le cadre du programme ne sont pas entièrement recouvrés, on peut affirmer que ce dernier entre en concurrence d'une manière déloyale avec les fournisseurs du secteur privé qui offrent les mêmes appareils et services.

Le Groupe d'étude estime que le Service de consultation national en matière de prothèses et d'orthèses projeté n'est plus nécessaire.

Le programme perd de son efficacité au fur et à mesure que s'effectue le transfert des centres de prothèses; plus le processus de transfert sera long, plus il sera difficile

de le mener à terme et plus il pourrait coûter cher au gouvernement fédéral.

OPTIONS

Mettre un terme au programme Services de prothèse à compter du ler avril 1986.

Statu quo.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de demander au ministre de la Santé nationale et du Bien-être social d'informer les représentants des gouvernements provinciaux compétents que les centres fédéraux de prothèses qui n'auront pas été transférés aux organismes provinciaux le ler avril 1986 seront fermés immédiatement.

Aucune ressource ne doit être affectée à ce programme après l'année financière 1985-1986, sauf les ressources nécessaires à la mise en oeuvre de la recommandation ci-dessus, y compris les contributions destinées aux transferts.

STATISTIQUES ET DONNÉES SUR LA SANTÉ
APERÇU

PROGRAMMES

Des données statistiques sur la santé sont présentées dans une série de programmes qui comprennent notamment :

État de santé - SC 113
Soins de santé - SC 117
Systèmes d'information - PPI

État de santé et Soins de santé relèvent de la Division de la santé de Statistique Canada, tandis que le programme Systèmes d'information est du ressort de la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, de Santé et Bien-être social Canada (SBSC).

Une description de ces programmes figure dans les lignes qui suivent. Les évaluations et les options sont exposées sous une forme globale pour l'ensemble des trois programmes.

OBSERVATIONS

Il semble que la collecte de données sur la santé dans le cadre de trois programmes (deux de Statistique Canada et un de SBSC) engendre un certain nombre de problèmes. En effet, les bases de données se trouvant dans des ministères différents, il y a plus de chances qu'elles fassent double emploi et qu'elles fonctionnent indépendamment les unes des autres. Comme aucun ministère n'agit comme principal responsable, il est difficile d'établir des priorités, de coordonner les activités, de mettre en oeuvre des décisions et de nouvelles initiatives. Par ailleurs, le fait que plusieurs ministères produisent des statistiques de même nature jette la confusion dans l'esprit des clients qui cherchent à obtenir des données.

De plus, la collecte des données de base et la pertinence des statistiques produites semblent poser aussi des problèmes.

Les provinces fournissent les données de base à Statistique Canada et à SBSC. Toutefois, il semble que les statistiques compilées à partir de ces données ne leur soient pas très utiles et qu'elles n'en fassent pas grand usage. Cet état de choses s'explique, en partie, par le

fait que les deux paliers de gouvernement n'ont pas la même orientation. Statistique Canada et SBSC recueillent des "macro-données"nationales. Or, les provinces s'intéressent de plus en plus aux questions courantes liées à la gestion et à l'administration, et élaborent leurs propres systèmes de collecte de données. Si les données produites par le gouvernement fédéral ne sont pas utilisées par les provinces, qui devraient compter parmi les principaux bénéficiaires du service, il faut soulever la question de l'utilité de la collecte de ces données.

La plupart des provinces demandent des statistiques nationales mais elles aimeraient, semble-t-il, obtenir du gouvernement fédéral un autre genre de données, par exemple des données sur l'état de santé recueillies au moyen d'enquêtes-ménages.

Comme les provinces continuent à mettre sur pied leurs propres bases de données, les données qu'elles produisent et celles qu'elles fournissent au gouvernement fédéral ne seront pas nécessairement uniformes d'une province à l'autre, à moins que des normes ne soient établies. Il deviendrait donc de plus en plus difficile de comparer des données provinciales et de compiler des statistiques nationales.

De plus, étant donné que les provinces ne trouvent pas les statistiques fédérales actuelles très utiles, elles ne se sentent guère motivées pour fournir des données exactes et ponctuelles, ce qui rend encore plus difficile la tâche de l'administration fédérale. Si les données fédérales ne sont pas comparables d'un bout à l'autre du Canada et qu'elles ne sont pas à jour, il faut se demander s'il est utile de les recueillir et de les diffuser. Elles seraient alors essentiellement destinées aux chercheurs.

La notion d'un centre de la statistique sanitaire, sur le même modèle que le Centre canadien de la statistique juridique, retient de plus en plus l'attention de SBSC et de Statistique Canada. Il importe d'abord de régler certaines questions, notamment le manque de ressources, le recours aux systèmes provinciaux pour obtenir des données de base (alors que dans le cadre de ces systèmes, on se préoccupe de moins en moins des exigences nationales) ainsi que la tendance à affecter aux bases de données des ressources insuffisantes et, par conséquent, à produire des résultats à peine acceptables. Il convient de noter qu'un centre de ce genre ne remplacerait pas les systèmes provinciaux et que les

provinces devraient participer à toutes les discussions ayant trait à la modification du système fédéral de la statistique sanitaire. Ce centre pourrait permettre d'imprimer une direction, considérée comme nécessaire, à la collecte des données nationales sur la santé de même que de concilier les besoins de SBSC, des provinces et d'autres clients de Statistique Canada.

OPTIONS

Parmi les options qui pourraient permettre de régler les premiers problèmes mentionnés, il y a notamment les suivantes :

- Regrouper la collecte des données sanitaires à Statistique Canada ou à SBSC. Comme Statistique Canada a pour mandat officiel de recueillir des statistiques sanitaires, cet organisme est probablement mieux organisé pour la collecte de données. Par contre, comme il doit servir une multitude de clients dont les besoins sont divers et divergents, il se peut qu'il ne soit pas aussi sensible que SBSC aux besoins immédiats et précis des clients et qu'il ne puisse pas les satisfaire aussi promptement.

- Créer un centre de la statistique sanitaire, sur le modèle du Centre canadien de la statistique juridique, qui aurait la responsabilité de recueillir des données sanitaires. Le centre s'occuperait notamment des questions comme la pénurie de ressources, dépendance envers les systèmes provinciaux pour l'obtention des données de base, chevauchement des bases de données ainsi que qualité et utilité des données. Il aurait besoin de la collaboration des provinces, car celles-ci fournissent les données de base. Un centre de ce genre pourrait imprimer la direction qui s'impose à la collecte des statistiques sanitaires nationales et permettrait de concilier les besoins de SBSC, des provinces et d'autres clients de Statistique Canada. Si le centre ne faisait pas fonction de chef de file, ou s'il n'était pas perçu comme tel, il deviendrait simplement un quatrième intervenant dans le système fédéral d'information sanitaire.

Pour le règlement des problèmes relatifs à la pertinence des données, il y a entre autres options, les suivantes :

- Interrompre la collecte de toutes les données sur les soins de santé pendant un certain temps (de un à cinq ans) et examiner les données afin de déterminer celles qui sont pertinentes et susceptibles d'être utilisées. On pourrait ensuite reprendre la collecte des données pertinentes au fur et à mesure que les groupes d'utilisateurs feront connaître leurs besoins. Cette façon de procéder permettrait d'éviter de recueillir des données inutiles, mais il serait difficile de procéder à des analyses des tendances si toutes les activités de collecte étaient interrompues pendant une période donnée. De plus, en réintroduisant des données dans les bases à la suite des demandes, on risque de produire des données non consécutives.

- Demander au groupe chargé de la collecte des données sur les soins de santé d'examiner, avec les provinces et les autres utilisateurs intéressés, les données qui devraient être recueillies. Il faudrait probablement fixer des objectifs pour la réduction des bases de données et établir un mécanisme qui permette de veiller à ce que les intérêts d'une minorité ne viennent pas saper les efforts du comité. Les représentants des provinces et du gouvernement fédéral devraient provenir de niveaux hiérarchiques suffisamment élevés pour pouvoir s'assurer que les données qui seront recueillies seront adaptées aux besoins des utilisateurs. On pourrait envisager de relier la collecte des données à un facteur monétaire. Il se peut que les utilisateurs se montrent plus "rigoureux" dans leurs besoins s'ils doivent d'une manière ou d'une autre assumer le coût de la collecte. Il importe d'étudier soigneusement ce facteur monétaire, car les provinces sont à la fois les fournisseurs et les utilisateurs des données.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Confier à Statistique Canada le mandat de recueillir et de diffuser toutes les données sanitaires nationales, compte tenu des avis de ses principaux

clients, à savoir SBSC et les ministères provinciaux de la Santé.

- Mettre un terme à la collecte des données courantes (c'est-à-dire essentiellement des données sur les établissements et la main-d'oeuvre) à l'échelle national, à une date précise, par exemple le 1er janvier 1987. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et celui des Approvisionnements et Services, qui est responsable de Statistique Canada, seraient priés d'organiser une réunion fédérale-provinciale -- Conférence des sous-ministres de la Santé -- afin de déterminer a) les données à recueillir et b) les mécanismes appropriés pour la collecte et la diffusion des données. Il ne faudrait reprendre la collecte que s'il peut être prouvé que les données seront utiles, opportunes et comparables d'un bout à l'autre du pays. Selon le Groupe d'étude, ce n'est qu'en suivant cette démarche que l'on pourra élaborer une base de données utile, raisonnable et rentable.

- Recouvrer la majeure partie des frais de production, de tenue à jour et de diffusion de statistiques pertinentes, entièrement ou en partie, auprès des utilisateurs.

- Tenir à jour les données actuellement recueillies dans le cadre du programme État de santé, conformément à divers accords, lois et décrets (par exexmple, statistique de l'état civil).

- Que l'on mette un terme à la collecte de toutes les autres données (par exemple, registres des maladies, données sur l'hygiène du milieu et statistiques sur l'avortement), comme il est recommandé ci-dessus et afin d'inclure ces dernières dans l'examen susmentionné.

SOINS DE SANTÉ
(Statistique Canada)

OBJECTIF

Ce programme vise à fournir des données statistiques, des analyses et des services qui permettent de mieux comprendre la nature et le fonctionnement des organismes publics et des établissements qui constituent le secteur des soins de santé au Canada. Il a pour objet d'adapter les activités de ces derniers aux besoins généraux de la société et de servir de fondement à l'élaboration de politiques ainsi qu'à la gestion et à l'évaluation de programmes.

Le programme permet d'élaborer des concepts, définitions et systèmes de classification communs et d'en promouvoir l'utilisation, afin d'assurer la comparabilité des statistiques. Il a aussi pour objet de coordonner, avec les provinces, les territoires et d'autres ministères fédéraux, la collecte et le regroupement de données nationales et provinciales sur les établissements et leurs activités, et ce, pour qu'il n'y ait pas de chevauchement.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Au nombre des principaux utilisateurs des produits du programme figurent SBSC, les ministères provinciaux de la Santé, les organismes de santé locaux et régionaux, les associations nationales et provinciales dans le domaine de la santé, les milieux de l'enseignement, les médias et le grand public. Grâce aux données du programme, ils sont davantage en mesure d'analyser les questions relatives aux soins de santé et de prendre des décisions à cet égard.

DOCUMENTS HABILITANTS

En vertu de la Loi sur la statistique, Statistique Canada doit recueillir, compiler, analyser et publier des données statistiques sur la situation économique, sociale et générale du pays et de ses citoyens.

Le programme a évolué au fil des ans. En vertu de la Charte de 1919, le Bureau fédéral de la statistique devait à l'origine recueillir des statistiques sur l'état civil (voir également le programme État de santé). Son mandat a ensuite été élargi pour englober tout d'abord la statistique hospitalière dans les années 1930, puis, peu après la Seconde Guerre mondiale, les statistiques sur la morbidité

(malades hospitalisés et malades mentaux) et les statistiques sur les établissements de soins spéciaux et enfin les statistiques sur la main-d'oeuvre sanitaire dans les années 1960, période au cours de laquelle les provinces recevaient des subventions fédérales pour l'élaboration de programmes de formation professionnelle et la création de centres d'enseignement et de recherche dans le domaine de la santé. Les statistiques sur l'avortement ont été ajoutées à la suite des amendements au Code criminel en 1969. Puis, ce fut le tour du Centre de référence en nosologie dans les années 1970. Toutes ces initiatives visaient à répondre aux besoins du gouvernement en place en respectant le vaste mandat statutaire de Statistique Canada.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements et salaires	2,461	2,307	2,566	2,566
F et E (autres dépenses)	562	495	533	533
TOTAL	**3,023**	**2,802**	**3,099**	**3,099**
A.-P.	85	76	77	77

Source : Statistique Canada

DESCRIPTION

C'est la Section de la statistique des établissements de la Division de la santé de Statistique Canada qui se charge de la mise en oeuvre du programme. Elle recueille des données à partir des dossiers administratifs des provinces, les traite, les analyse et les diffuse sous forme de copies en clair (publications annuelles ou hors série, revues spécialisées) et sous forme ordinolingue. Elle fournit également, habituellement selon la formule du recouvrement des frais, des données et des analyses produites à partir d'études spéciales.

Le programme compte certains services techniques centraux (pour faciliter la comptabilité et l'administration), qui sont également utilisés par le programme État de santé (SC 113). Ces services techniques

comprennent le Centre de référence en posologie, le Centre des opérations ainsi que la Recherche et l'analyse.

Le programme permet d'obtenir des renseignements sur la taille, les ressources, les recettes et les dépenses de 1,250 hôpitaux canadiens et de quelque 4,500 établissements de soins spéciaux. Il fournit aussi des données sur le diagnostic et le traitement d'environ 4,5 millions de Canadiens admis à l'hôpital chaque année. Les principales bases de données portent notamment sur :

- les caractéristiques de fonctionnement des hôpitaux publics, généraux et spécialisés (Rapport annuel des hôpitaux, Programme de renseignements hospitaliers trimestriels);

- les caractéristiques de fonctionnement des établissements de soins pour malades chroniques (enquêtes sur les centres de soins et de services spéciaux);

- le registre des établissements de soins de santé (répertoire des établissements de soins de santé); et

- les caractéristiques médicales et démographiques des malades hospitalisés (programme relatif à la morbidité hospitalière et programme relatif à la morbidité mentale). Cette base de données est également utilisée dans le cadre du programme État de santé.

Le programme fournit également certains renseignements statistiques sur les caractéristiques de la main-d'oeuvre sanitaire (infirmières et hygiénistes dentaires). Il s'agit d'un programme d'assistance technique destiné à aider SBSC et les ministères provinciaux de la Santé à élaborer et à tenir à jour divers systèmes de mesure de la charge de travail.

Le programme s'appuie sur divers méchanismes de consultation :

1. Comité interministériel de Statistique Canada et de SBSC, composé de sous-ministres adjoints. Le comité se réunit périodiquement pour étudier les principales questions relatives aux statistiques sanitaires.

2. Sous-comité de l'information sur la santé. Ce comité, qui relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux, et des services en établissements, se compose de représentants de Statistique Canada, de SBSC et de chaque province.

3. Comité de direction de l'élaboration du cadre du système d'information de gestion pour les hôpitaux. Ce comité relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissements.

4. Comité fédéral-provincial de la politique statistique. Ce comité fait fonction de conseiller auprès de Statistique Canada pour tous les programmes statistiques (y compris ceux qui portent sur la santé).

Toutes les données recueillies proviennent de sources provinciales (dossiers administratifs sur les soins de santé).

ÉVALUATION

Ce programme a également été examiné par le Groupe d'étude sur les principaux systèmes de collecte et de diffusion de données et le Groupe d'étude sur les subventions et les services aux entreprises.

Ce programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation dernièrement.

OBSERVATIONS

Statistique Canada dépend largement des systèmes provinciaux pour recueillir les données nécessaires. Or, les provinces s'intéressent moins aux bases de données nationales à mesure qu'évoluent leurs systèmes sanitaires (plus grande complexité et besoins variés). De plus, elles n'ont pas les mêmes besoins et n'utilisent pas non plus les mêmes systèmes. Les représentants provinciaux souhaitent manifestement obtenir des statistiques nationales aux fins de comparaison, mais les statistiques provinciales sont plus importantes pour leur travail quotidien.

Les bases de données actuelles (fédérales et provinciales) portent sur des cas et non sur des malades. Il est donc difficile de rapprocher les statistiques sur l'état de santé et les données financières que renferment les bases de données sur les recettes et les dépenses des établissements de santé. C'est un fait reconnu qu'il faut concilier ces deux genres de données.

Le Groupe d'étude a constaté une certaine confusion chez les clients au sujet du mandat de ce programme et de celui d'un programme connexe de SBSC. La confusion tient, par exemple, au fait que les deux programmes ont pour objet de recueillir des statistiques sur la main-d'oeuvre sanitaire. De plus, le manque de direction empêche d'établir l'ordre de priorité des initiatives actuelles ou éventuelles et d'élaborer et de mettre en oeuvre des stratégies visant à résoudre certaines des difficultés que présentent notamment l'exploitation des bases de données et l'absence de comparabilité des données provinciales.

Il est reconnu que le délai de production des données sur les soins de santé constitue un grand sujet de préoccupation. Par exemple, les données sur le fonctionnement des hôpitaux paraissent 33 mois après la période visée. Le retard est attribuable en partie au fait que les provinces ressentent moins le besoin de communiquer rapidement les données au système fédéral, à mesure qu'elles mettent au point leur propre système de gestion.

Les représentants provinciaux interrogés ont mis en doute la pertinence et l'actualité des données nationales sur les établissements. De façon générale, ils ont mentionné qu'ils utilisaient rarement les données nationales, mais que c'était souvent à des moments cruciaux (par exemple, présentation du budget). L'un des représentants a déclaré qu'à son avis il y avait trop de "statistiques et pas assez d'information". Cet avis semble traduire l'opinion de la plupart des représentants. Lorsqu'on leur a demandé ce qui arriverait si du jour au lendemain ils cessaient d'obtenir des statistiques nationales, la plupart d'entre eux ont répondu "rien" à court terme, mais ne se sont pas trop avancés pour ce qui est des répercussions à long terme. Ils semblent souhaiter que le gouvernement fédéral compile seulement certaines "macro-données" et qu'il prenne l'initiative de rationaliser les bases de données nationales.

OPTIONS

Les options sont exposées dans la partie intitulée "Aperçu", qui porte sur les trois programmes statistiques.

ÉTAT DE SANTÉ
(Statistique Canada)

OBJECTIF

Statistique Canada a pour objectif de fournir, à l'intention du public, des entreprises et des décideurs, de même qu'à l'avantage général des Canadiens et à titre d'information, des renseignements et des analyses statistiques sur la vie sociale et économique du Canada, de ses entreprises, de ses institutions et de ses habitants afin de mieux faire comprendre les différents aspects du Canada et de fournir une base utile à l'élaboration, à l'examen et à l'évaluation des politiques et des programmes dans le domaine social et économique.

Le programme État de santé vise essentiellement à mesurer l'évolution de la population canadienne, de ses caractéristiques démographiques et de son état de santé.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les indicateurs de l'état de santé permettent aux personnes chargées de dispenser des soins de santé de mesurer la progression et l'amélioration de l'état de santé général de la population.

Au nombre des principaux utilisateurs des produits du programme figurent SBSC, les ministères provinciaux de la Santé, les organismes locaux et régionaux de santé ainsi que les associations nationales et provinciales dans le domaine de la santé. Les autres utilisateurs comprennent les milieux de l'enseignement, les médias et le grand public.

DOCUMENTS HABILITANTS

En vertu de la Loi sur la statistique, Statistique Canada doit recueillir, compiler, analyser et publier des données statistiques sur la situation économique, sociale et générale du pays et de ses citoyens.

Le mandat de ce programme émane des lois, des accords et des décrets suivant :

Loi sur la statistique (1971), article 21
Décret (CP 163)
Décret (CP 4851)

Accord international avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
Accord international avec l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS)
Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements et salaires	566	588	431	431
F et E (autres dépenses)	136	126	97	97
TOTAL	**702**	**684**	**528**	**528**
Années-personnes	18	18	13	13

Source : Statistique Canada

DESCRIPTION

Des statistiques sont recueillies sur l'état de santé en raison de l'inquiétude croissante que suscitent l'accès aux services de soins et leur coût, les répercussions du vieillissement de la population et d'autres questions connexes. Il existe beaucoup de renseignements sur les établissements de soins de santé et le coût du traitement des maladies, mais comparativement peu d'études ont été effectuées sur le rapport entre la santé des Canadiens et les dépenses au titre des soins de santé. Il est donc difficile d'évaluer l'efficacité du système des soins de santé et des programmes visant à promouvoir un mode de vie plus sain. En obtenant plus de renseignements sur la question, on pourrait aussi mieux définir le mode de vie et autres facteurs qui permettent de rester en bonne santé ainsi que les groupes qui risquent d'être défavorisés sur le plan des soins de santé.

C'est la Section de la statistique de l'état civil et des registres des maladies, de la Division de la santé de Statistique Canada, qui se charge de la mise en oeuvre du

programme. Elle recueille, regroupe, analyse et diffuse des données dans les domaines suivants :

- état civil et registres des maladies;
- morbidité hospitalière;
- Enquête Santé Canada;
- accidents.

Le secteur de l'état civil et des registres des maladies comprend quatre grandes activités permanentes :

- production de statistiques sur l'état civil (naissances, décès, mariages et divorces);
- tenue à jour d'un système national de mesure des incidences du cancer;
- réalisation, de concert avec les secteurs public et privé, d'études sur la statistique de l'hygiène du milieu et du travail;
- tenue à jour des registres de maladies (maladies à déclaration obligatoire, tuberculose, insuffisance rénale).

Les statistiques sur la morbidité hospitalière sont basées sur les caractéristiques des personnes admises dans les hôpitaux canadiens, à l'exception des sanatoriums et des hôpitaux psychiatriques. Les données recueillies permettent également de dégager des statistiques sur la cause des problèmes de santé (certaines provinces) et la nature des interventions ou du traitement chirurgicaux. Elles font aussi ressortir les caractéristiques démographiques et celles relatives à l'hygiène mentale des malades mentaux hospitalisés dans les hôpitaux généraux et les établissements de soins psychiatriques. Enfin, elles permettent de surveiller le taux des avortements thérapeutiques au Canada, les interventions chirurgicales qui en découlent ainsi que certaines caractéristiques démographiques (âge et état matrimonial) et médicales (accouchements antérieurs et période de gestation) des femmes ayant mené leur grossesse à terme.

Au cours de la période où s'est déroulée l'Enquête Santé Canada (de juillet 1978 à mars 1979), on a rendu visite à quelque 12,000 ménages (38,000 personnes). Environ le tiers des ménages ont participé directement à la partie de l'enquête qui correspondait à l'évaluation de la forme physique (par exemple par des prises de sang). L'Enquête Santé Canada était, à l'origine, une enquête permanente et de grande envergure. Elle avait pour objet de recueillir

des données exhaustives et continues sur l'état de santé de la population canadienne et les risques auxquels celle-ci est exposée, y compris les accidents, et de compléter les renseignements existants qui proviennent essentiellement des statistiques de l'état civil et des dossiers médicaux. La portée de l'enquête a ensuite été réduite, celle-ci se limitant à une enquête unique en 1978 par suite des mesures de restrictions s'appliquant à l'ensemble du gouvernement. Les chercheurs, les administrateurs et les analystes dans le domaine de la santé se servent encore de la base de données limitée qui a été mise sur pied pour effecteur des totalisations et des analyses spéciales.

La base de données sur les accidents en est toujours au stade expérimental, les travaux n'ayant pas beaucoup progressé depuis les compressions budgétaires de 1978. Elle utilise les statistiques de l'état civil et les statistiques sur la morbidité hospitalière.

L'objectif actuel du programme État de santé consiste à recueillir des renseignements sur des Canadiens invalides et élaborer à l'aide des données d'enquêtes-échantillons des renseignements sur les Canadiens handicapés. On étudie en ce moment la possibilité de mener une enquête auprès des handicapés (nature, gravité et caractéristiques du handicap).

Les produits du programme englobent les publications, les articles de revues spécialisées, les microbandes, les totalisations spéciales et les études effectuées sur demande (moyennant le recouvrement des fonds).

La mise en oeuvre du programme dépend de certains services techniques centraux qui, pour faciliter l'administration, relèvent du programme Soins de santé, lequel est regroupé dans le même service. Ces services techniques comprennent le Centre de référence en nosologie, le Centre des opérations et la Recherche et l'analyse.

La collecte de statistiques sur l'état civil est prévue dans la Charte de 1919 du Bureau fédéral de la statistique et celle de statistiques sur la morbidité hospitalière a commencé au cours de la période qui a suivi immédiatement la Seconde Guerre mondiale. Des statistiques sur l'avortement ont été recueillies pour la première fois en 1969, date à laquelle le Code criminel a été amendé. Des données démographiques ont ensuite été recueillies à des fins administratives (par le ministère des Finances),

conformément à la Loi sur le financement des programmes établis (FPE) de 1977.

Le programme dispose de divers méchanismes de consultation :

1. Comité interministériel de Statistique Canada et de SBSC, composé de sous-ministres adjoints. Le Comité se réunit périodiquement pour étudier les principales questions relatives aux statistiques sanitaires.

2. Sous-comité de l'information sur la santé. Ce comité, qui relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissements, se compose de représentants de Statistique Canada, de SBSC et de chaque province.

3. Groupe de travail sur l'information en santé communautaire. Ce groupe relève du Comité consultatif fédéral-provincial sur les services de santé communautaires. Statistique Canada, SBSC et certaines provinces sont représentés dans le groupe.

4. Conseil canadien des statistiques de l'état civil. Créé en 1945, ce conseil comprend des registraires provinciaux de l'état civil.

5. Comité fédéral-provincial de la politique statistique. Ce comité fait fonction de conseiller auprès de Statistique Canada pour tous les programmes statistiques (y compris ceux qui portent sur la santé).

6. Comités consultatifs d'experts auprès du statisticien en chef, qui sont créés de temps à autre.

ÉVALUATION

Le programme a également été examiné par le Groupe d'étude sur les principaux systèmes de collecte et de diffusion de données et le Groupe d'étude sur les subventions et les services aux entreprises.

La Division de l'évaluation des programmes de Statistiques Canada a terminé l'évaluation du programme en mai 1985. Au départ, le projet d'évaluation des programmes portait uniquement sur l'Enquête Santé Canada, à la suite de l'accord conclu à cet égard avec SBSC. Toutefois, au début de la planification, le statisticien en chef a demandé d'étendre l'étude de manière à y inclure d'autres statistiques et bases de données sur l'état de santé.

Voici les trois points clé qui se dégagent de l'évaluation :

- Il est nécessaire de mettre sur pied un système de statistiques sanitaires nationales (et non fédérales). Dans cette optique, les ministères et organismes fédéraux et provinciaux devront entamer des discussions et des négociations afin de déterminer les besoins dans ce domaine et les moyens d'y satisfaire. Toutefois, il y aura d'abord lieu de définir plus exactement le mandat des ministères fédéraux en question, surtout celui de SBSC et celui de Statistique Canada.

- Les ressources affectées à la Division de la santé de Statistique Canada n'ont pas augmenté proportionnellement à l'accroissement des dépenses au titre de la recherche sanitaire et des soins de santé généraux.

- Si les données sanitaires actuelles suscitent des critiques, c'est surtout parce que les bases de données portent sur des cas et non des personnes. Pour corriger cette situation, il conviendrait de régler certaines questions délicates sur le plan politique, notamment le couplage d'enregistrements.

Sur les 29 recommandations (dont 18 sont de nature purement technique) formulées dans le rapport d'évaluation, trois ont retenu l'attention :

- Que l'Enquête Santé Canada serve de base à l'élaboration d'une nouvelle enquête-ménage destinée à recueillir des données sur l'état de santé.

- Que Statistique Canada discute avec SBSC et les provinces de la création d'un centre de la statistique sanitaire sur le modèle du Centre canadien de la statistique juridique.

- Que Statistique Canada étudie la possibilité de mettre au point des systèmes de données portant sur les malades et permettant de produire des statistiques sur l'état de santé.

OBSERVATIONS

Le fait que les données sanitaires sont recueillies à la fois par SBSC et par Statistique Canada explique les problèmes que soulève l'élaboration des bases de données. Bien que SBSC et Statistique Canada travaillent en collaboration depuis plusieurs années, il est difficile d'établir des priorités et de rationaliser les bases de données, actuelles et futures. De plus, comme les bases de données se trouvent divisées entre les deux ministères, la confusion chez les clients et les possibilités de chevauchement sont plus grandes. Par ailleurs, compte tenu de la situation, l'affectation des ressources destinées à satisfaire aux besoins actuels et futurs présente quelques difficultés. Les décideurs et les administrateurs de programme sont unanimes, semble-t-il, à penser qu'il y aurait lieu, en priorité, de coupler les statistiques sur l'état de santé et les données financièces sur les recettes et dépenses des organismes de santé que renferment les bases de données de Statistique Canada. À l'heure actuelle, les analystes des politiques ne peuvent ni déterminer les raisons exactes de l'augmentation du coût des soins de santé, ni évaluer les effets des mesures prises pour réduire les frais.

La comparabilité des données pose un grave problème, car les diverses autorités provinciales n'utilisent pas toujours pour élaborer les systèmes des normes ou des concepts compatibles.

Les responsables du programme recommandent fortement que l'Enquête Santé Canada serve de base à l'élaboration d'une nouvelle enquête-ménage visant à recueillir des données sur l'état de santé. Même si les frais de démarrage sont très élevés, on estime qu'une enquête-ménage permanente constitue l'instrument le plus rentable pour sonder l'état de santé de la population.

La plupart des représentants provinciaux qui ont été consultés ont signalé qu'il existait une demande de données sur l'état de santé et qu'il incombait au gouvernement fédéral de satisfaire à cette demande. Il s'agit là d'un rôle très important pour ce dernier, d'après le représentant

de l'Île-du-Prince-Édouard, car les petites provinces n'ont simplement pas les moyens d'entreprendre une activité de ce genre. Le représentant de l'Ontario considère qu'il est très important de surveiller l'état de santé et a fait savoir que sa province irait jusqu'à contribuer financièrement à l'effort fédéral dans ce domaine. Par contre, le représentant du Québec a soutenu que le gouvernement fédéral n'avait aucun rôle à jouer à cet égard et qu'en fait sa province menait une enquête distincte.

OPTIONS

Les options sont exposées dans la partie intitulée "Aperçu", qui porte sur les trois programmes statistiques.

SYSTÈMES D'INFORMATION
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Ce programme a pour objet de fournir, à la demande de SBSC, des renseignements descriptifs et quantitatifs sur la condition physique des Canadiens et les programmes relatifs à la santé et au bien-être social, en vue de l'élaboration de politiques et de programmes nationaux ainsi que de l'administration et de l'évaluation des programmes dans ce domaine.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

La population visée comprend essentiellement les chefs de programme et les analystes de politiques oeuvrant dans les directions générales qui s'occupent de la santé à SBSC ainsi que dans les ministères provinciaux de la Santé et les commissions de l'assurance-santé des différentes provinces.

DOCUMENTS HABILITANTS

Le mandat général prévu dans la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social comprend, "sous réserve de la Loi sur la statistique, l'établissement, la santé publique, l'amélioration des installations sanitaires et les conditions sociales et industrielles qui concernent la vie et la santé des personnes".

La Loi prévoit également "la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts faits ou envisagés pour sauvegarder et améliorer la santé publique [...]".

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	2,386	2,690	2,668	3,202	3,407
Dépenses de fonctionnement	903	914	923	956	956
Dépense en immobilisations	35	65	84	40	40
Subventions et contributions	2,605	2,475	2,637	1,770	1,770
TOTAL	**5,929**	**6,144**	**6,312**	**5,968**	**6,173**
A.-P.	62	64	64	70	69

Source : Direction générale de la gestion ministérielle, SBSC

DESCRIPTION

La Direction des systèmes d'information, de la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, de SBSC, se charge de la mise en oeuvre du programme. Elle est responsable de la planification, de l'élaboration et de la gestion d'une vaste gamme de systèmes d'information sur la santé et le bien-être social destinés à étayer l'analyse, la mise au point et l'évaluation de politiques et de programmes sociaux. Il n'est pas possible de donner une ventilation exacte des ressources, mais, selon les estimations, jusqu'à présent environ 30 % des dépenses totales étaient engagées dans le secteur de la santé et 70 % dans celui du bien-être social. Les dépenses se répartissent maintenant de façon égale entre les deux secteurs, suivant la ventilation des années-personnes.

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses totales (milliers $)	1,592	1,719	1,888	2,200	2,421
Années-personnes	30	30.5	31	34.5	34

Source : Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, SBSC

La Direction est chargée de la collecte, du traitement, de l'analyse et de la diffusion de données sur les caractéristiques sociales, économiques et sanitaires de l'ensemble de la population et de certains secteurs de la population, ainsi que de données sur les divers aspects des programmes (fédéraux et provinciaux) relatifs à la santé et au bien-être social au Canada. Le programme permet de coordonner la détermination des besoins du ministère en matière d'information, pour lesquels il faut recourir aux services de l'extérieur (par exemple, Statistique Canada et les provinces).

Dans le cadre du programme, les provinces et les associations reconnues à l'échelle nationale reçoivent de l'aide technique et des contributions financières pour la mise au point de systèmes d'information qui permettent d'atteindre les objectifs nationaux. En 1984-1985, des projets ont été entrepris à Terre-Neuve et au Manitoba, avec la collaboration de l'Association des hôpitaux du Canada, tandis que les travaux se poursuivent au Nouveau-Brunswick, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. Les projets entrepris à l'Île-du-Prince-Édouard, en Nouvelle-Écosse, en Ontario et au Yukon se sont terminés en 1984-1985.

La Direction produit, dans le contexte de ce programme, des publications à caractère informatif et des systèmes informatisés de stockage et d'extraction de données et répond à des demandes de renseignements particuliers. Elle a élargi son système de statistiques sur les soins médicaux destinés aux administrateurs des régimes d'assurance-santé des provinces. De plus, elle met à jour et publie chaque année des renseignements sur les revenus des médecins, les dépenses engagées à l'échelle nationale dans le domaine de la santé et la main-d'oeuvre sanitaire.

Le programme vise à définir les besoins en matière d'information du ministère, à en déterminer la priorité et de coordonner les activités dans ce domaine. À cet égard,

la Direction joue un rôle de premier plan au sein du Comité interministériel de Statistique Canada et de SBSC, qui se réunit périodiquement pour étudier les principales questions relatives aux statistiques sanitaires. La Direction est également représentée (avec Statistique Canada) au Sous-comité de l'information sur la santé, qui relève du Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissements.

ÉVALUATION

Ce programme n'a jamais été évalué officiellement. L'étude de son rôle et de son mandat au sein du ministère a été effectuée, par contrat, au cours des deux dernières années. Il a fait l'objet d'une vérification durant de la période allant de janvier à mars 1985.

Ce programme a également été examiné par le Groupe d'étude sur les principaux systèmes de collecte et de diffusion de données.

OBSERVATIONS

L'absence d'un mandat officiel et de documents habilitants dans le cas de ce programme a créé chez les clients une impression de confusion, de chevauchement et d'inertie. Cette impression semble profonde, surtout chez les personnes qui utilisent le programme dans des cas spéciaux ou uniques (par exemple, les chercheurs) et qui peuvent ne pas bien connaître les bases de données. C'est Statistique Canada qui a reçu le mandat officiel de recueillir les statistiques sanitaires. Le programme a évolué au cours d'une période de 15 à 20 ans et permet de répondre aux besoins statistiques particuliers du ministère et des provinces lorsque Statistique Canada n'est pas en mesure de satisfaire à la demande (en raison du manque de ressources et d'intérêt ou d'autres travaux prioritaires). Les responsables du programme et les représentants de Statistique Canada travaillent en collaboration depuis plusieurs années (un processus de consultation officiel a même été créé); ils estiment avoir dissipé toute confusion et éliminé (sauf dans de rares cas) tout chevauchement possible de leurs rôles respectifs. Statistique Canada se charge de la collecte de statistiques hospitalières. Pour sa part, le programme est surtout axé sur les soins médicaux ou les médecins. Toutefois, les deux secteurs donnent l'impression qu'il existe un manque de direction en matière de statistiques sanitaires, ce qui est d'ailleurs un fait.

Outre cette question de direction, on peut également se demander lequel des deux secteurs est le plus en mesure d'assurer l'ensemble des services. Statistique Canada est techniquement mieux organisé pour la collecte de données, mais il doit servir une multitude de clients, dont les besoins sont divers et opposés. Par contre, SBSC est plus sensible aux besoins immédiats et particuliers du ministère pour ce qui est des statistiques servant à l'élaboration de politiques et à la gestion de programmes et plus en mesure de les satisfaire.

Statistique Canada doit répondre à de nouveaux besoins, notamment élaborer des systèmes qui soient destinés à des fins opérationnelles et administratives. Par exemple, les provinces ont demandé au Bureau de mettre au point des systèmes de mesure de la charge de travail. Statistique Canada est doté du matériel de base nécessaire à la mise au point de systèmes de ce genre, mais cela ne fait pas partie de son mandat officiel, qui est de recueillir des statistiques nationales; à une époque où les ressources sont rares, il lui est difficile de donner suite à ces demandes.

Les responsables du programme assurent seulement la coordination générale, à SBSC, de la production de statistiques et d'indicateurs de l'état de santé, mais ils reconnaissent la nécessité et l'importance des données dans ce domaine.

Les responsables du programme doivent définir leurs besoins et leurs objectifs ainsi que la meilleure façon d'atteindre ces objectifs. C'est seulement récemment qu'ils ont procédé à une analyse des différentes bases de données du programme et de leur utilisation, alors que ces bases existent depuis plus de 20 ans. Étant donné que les clients sont répartis dans tout le ministère (et les provinces), il a été très difficile d'établir des priorités et de rationaliser ces bases de données en fonction des besoins.

Il semble que les ressources affectées au Programme de développement de systèmes d'information de gestion (contributions financières) soient insuffisantes et qu'elles ne permettent pas de répondre aux besoins des provinces. On ne peut mettre sur pied que quelques projets au cours d'une année. Les ressources s'élevaient à 1.7 million de dollars (environ 10 projets) en 1984-1985, mais elles ont été ramenées à 800,000 $ en 1985-1986 à la suite du programme de restriction des dépenses. Il convient de se pencher sur les questions suivantes :

- l'à-propos de l'aide financière fédérale destinée à l'élaboration de systèmes statistiques provinciaux;

- l'influence des données provinciales sur les systèmes de compilation de statistiques nationales;

- la répartition des ressources;

- l'affectation des crédits en fonction des objectifs nationaux.

Selon la plupart des provinces consultées, le gouvernement fédéral a un rôle important et légitime à jouer dans la collecte et la diffusion des données sanitaires. La plupart des délégués provinciaux ont fait observer que les statistiques nationales n'étaient pas actuelles et qu'il y aurait lieu d'améliorer la commercialisation des données existantes. Au moins la moitié d'entre eux ont trouvé utiles les données sur le revenu et le barème des honoraires des médecins qui sont recueillies dans le cadre de ce programme.

OPTIONS

Les options sont exposées dans la partie intitulée "Aperçu", qui traite des trois programmes statistiques.

CONTRÔLE DE LA SANTÉ À L'ÉCHELLE NATIONALE
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Préparer et diffuser des renseignements sur l'état de santé de la population du Canada, établir des normes de médecine de laboratoire et offrir des techniques d'analyse en laboratoire en vue de la lutte contre les maladies au Canada, et de leur prévention.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Tous les Canadiens profitent directement des services de laboratoire et de surveillance sanitaire destinés à améliorer le dépistage précoce, le diagnostic et le traitement des maladies.

Les spécialistes, associations professionnelles, établissements, organismes de recherche, ministères et organismes fédéraux et provinciaux, gouvernements étrangers et organisations internationales s'occupant de santé bénéficient indirectement des informations, des conseils, des méthodes de recherche en laboratoire, des normes, des lignes directrices et des règlements fournis par le programme.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (article 5) prévoit un mandat général englobant les enquêtes et les recherches sur la santé et le bien-être publics, et, sous réserve de la Loi sur la statistique, l'établissement, la publication et la distribution de renseignements sur la santé publique, l'amélioration des installations sanitaires et les conditions sociales et industrielles qui concernent la vie et la santé des personnes. La Loi prévoit également la coopération avec les autorités provinciales en vue de coordonner les efforts faits ou envisagés pour sauvegarder et améliorer la santé publique.

Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) remplace l'ancien Laboratoire d'hygiène, créé en 1925, et s'est vu adjoindre l'ancienne Division de l'épidémiologie, créée en 1947.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses par article

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel *	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	7,266	7,647	8,381	7,775	7,775
F et E	1,738	1,952	3,332	2,276	2,276
Immobilisations	675	759	1,007	910	1,209
Subventions et contributions	20	8	5	-	-
TOTAL	**9,699**	**10,366**	**12,725**	**10,961**	**11,260**
Année-personnes	192	191	206	189	189

* Données fournies par SBSC - Direction générale de la protection de la santé

Dépenses par activité

Dépenses	83/84 Réel	83/84 A.-P.	84/85 Budget**	84/85 A.-P.	85/86 Budget	85/86 A.-P.
Surveillance des maladies	3,269	59	3,192	59	2,560	59
Services de lutte contre les maladies	5,691	118	6,419	117	6,833	116
Gestion et soutien de l'activité	1,406	14	1,576	14	1,568	14
TOTAL	**10,366**	**191**	**11,187**	**190**	**10,961**	**189**

** Données tirées de la partie III du budget de 1985-1986

Le Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale représente environ 9.5 % des dépenses totales et 9.6 % des années-personnes de la Direction générale de la protection de la santé.

DESCRIPTION

Le Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale se compose de trois sous-activités : surveillance des maladies, services de lutte contre les maladies et gestion et soutien de l'activité, cette dernière fonction appuyant les deux premières. Le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), situé à Ottawa, se charge de la mise en oeuvre du programme. Le LLCM, qui est le laboratoire de référence le plus important au Canada, partage ses connaissances en matière de diagnostic et d'épidémiologie par l'entremise d'un réseau de laboratoires de référence provinciaux situés dans tout le pays. Tous les laboratoires provinciaux se servent des renseignements communiqués par le LLCM, à des degrés divers, et dans la mesure où ils peuvent entreprendre des activités spécialisées en laboratoire en plus de leur travail courant relatif au diagnostic. Par exemple, le LLCM fournit, sur demande, des services de diagnostic et des conseils d'experts au sujet des tests visant à trouver l'anticorps contre le virus HTLV-3 du SIDA, il procède à la sérotypie des organismes isolés au moment des poussées de maladies et il vérifie les diagnostics émis par des laboratoires provinciaux.

Dans le cadre du Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale, les provinces et les médecins s'engagent volontairement à respecter les normes établies par le LLCM, et la collecte et l'échange d'informations se font à l'échelle nationale dans les secteurs où aucun organisme provincial ou local ne pourrait fournir les données demandées.

Il existe trois mécanismes de consultation ou comités consultatifs dans le cadre de ce programme :

Comité consultatif technique des services de laboratoires d'hygiène publique (CCT)

Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI)

Comité consultatif national de l'épidémiologie (CCNE).

Ces comités, dont le travail est très technique, ne s'occupent pas de l'élaboration de politiques ni de la planification pas plus qu'ils ne sont reliés aux comités consultatifs fédéraux-provinciaux officiels.

ÉVALUATIONS

À la suite des recommandations figurant dans les Rapports de 1982 et de 1985 du vérificateur général qui portent sur les programmes de SBSC, le ministère a entrepris d'améliorer les laboratoires et les procédures relatives à l'hygiène et à la sécurité professionnelles du LLCM à Ottawa.

D'après la vérification interne du Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale effectuée en 1982, les représentants provinciaux considèrent que ce programme joue un rôle de première importance dans le domaine de la lutte contre les maladies et qu'il fournit des services précieux et indispensables. Les discussions que le Groupe d'étude a eues récemment avec les représentants des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé confirment les constatations de 1982.

L'évaluation de ce programme par la Direction de l'évaluation des programmes de SBSC touche à sa fin (on prévoyait avoir terminé en novembre 1985). Elle s'inscrivait dans le cadre du cycle normal de l'évaluation des programmes de SBSC. Les conclusions générales de cette analyse devraient être de cet ordre :

- Les besoins en matière de services assurés dans le cadre du programme et de bon nombre de ses composantes (en particulier les services de laboratoire) sont permanents et peuvent s'accroître.

- Les services du programme, à quelques exceptions près (par exemple, services épidémiologiques), sont considérés comme adaptés aux besoins des clients et efficaces.

- Il faut préciser, renforcer et mieux faire connaître le mandat du programme. L'organisation et la gestion de ce dernier soulèvent quelques inquiétudes.

- Il convient de transférer la responsabilité (et les ressources) de l'application de la Loi sur la quarantaine de la Direction générale des services médicaux au LLCM.

- L'activité relative au tabac et à l'alcool devrait se limiter à l'étude en laboratoire et à la surveillance épidémiologique, et les activités concernant l'élaboration de politiques dans ce domaine devraient relever de la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information.

- Il convient de revoir la structure des comités consultatifs.

OBSERVATIONS

Statistique Canada (essentiellement le programme État de santé, mais également le programme Soins de santé) constitue la principale source de données et de renseignements pour la mise en oeuvre des activités de surveillance des maladies de ce programme. Ce dernier entreprend aussi la collecte d'autres données et la rédaction de plusieurs rapports statistiques de surveillance. Pour sa part, Statistique Canada a pour mandat de recueillir et de fournir des données sanitaires pouvant servir à la recherche épidémiologique dans le cadre du programme. Les programmes sont considérés comme complémentaires. Il ne semble pas y avoir de chevauchement dans la collecte des données à la source. Statistique Canada pourrait se charger de la totalité ou d'une partie de la collecte des données pour ce programme. Il y aurait lieu de se pencher sur les questions suivantes :

- la répartition des ressources entres les deux secteurs;

- l'efficacité du système de surveillance qui en découle;

- l'ordre de priorité des nouvelles initiatives ou des changements à Statistique Canada.

Il n'y a pas de chevauchement ou de double emploi dans la collecte des données au sein de SBSC entre le programme

et la Direction des systèmes d'information, de la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information.

Les responsables du programme travaillent en étroite collaboration avec ceux d'autres programmes provinciaux, nationaux et internationaux qui s'occupent directement ou indirectement de la lutte contre les maladies et de leur surveillance.

Il y a lieu d'examiner l'utilité, le rôle et l'orientation des trois comités consultatifs du programme et leurs liens avec les comités consultatifs fédéraux-provinciaux officiels.

Au milieu des années 1970, on avait essayé de confier la production de réactifs au secteur privé, mais ce dernier ne s'était pas montré intéressé en raison des frais de production élevés et de la faible quantité demandée dans le cas de bon nombre de réactifs. Le LLCM a donc repris la production des réactifs. Actuellement, il utilise les deux tiers des réactifs produits et distribue le reste gratuitement aux autres laboratoires qui en font la demande. Cependant, on pourrait envisager de recouvrer les coûts de certains produits et services auxiliaires ne faisant pas partie des services de base du programme (par exemple, réactifs et enquêtes relatives à la vérification de la compétence des laboratoires).

Le LLCM effectue sur demande et gratuitement, sous réserve de l'obtention des ressources nécessaires, des enquêtes relatives à la vérification de la compétence des laboratoires visant à accroître l'exactitude et la cohérence des diagnostics des laboratoires qui s'occupent de la lutte contre les maladies.

À la demande des laboratoires canadiens, le LLCM évalue et certifie, selon les normes de sécurité établies, les hottes de laboratoire qui sont vendues et utilisées au Canada.

Les services de laboratoire semblent très bien perçus par les clients, qui les trouvent utiles, nécessaires et efficaces. Les services épidémiologiques semblent moins bien perçus, mais les clients maintiennent qu'ils sont nécessaires. L'insatisfaction peut être imputable à

l'imprécision du mandat du programme relativement à ses trois rôles (direction, soutien et services). Voici les conclusions du rapport d'évaluation :

- On peut considérer comme une fonction de direction l'élaboration et l'application des nouvelles méthodes de diagnostic, l'épidémiologie ainsi que la lutte contre les maladies et leur surveillance à l'échelle nationale.

- On peut considérer comme fonction de soutien la prestation aux provinces, d'information et d'une aide technique et épidémiologique.

- On peut considérer comme des services (à condition qu'ils soient payants) la vérification de la compétence des laboratoires, la production de réactifs et l'évaluation des hottes.

OPTIONS

- Maintenir le Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale sous sa forme actuelle (organisation et fonctions) sous réserve de la mise en application des recommandations figurant dans le Rapport de 1982 du vérificateur général et le rapport d'évaluation du programme de 1985, et de l'examen de la possibilité de recourir à la formule du recouvrement des coûts pour la vérification de la compétence des laboratoires, la production de réactifs et la certification des hottes;

- Faire du Laboratoire de lutte contre la maladie un organisme autonome, ce qui assurerait une plus grande indépendance pour ce qui est du mandat, des priorités, de la gestion des ressources et du recouvrement des frais des services. Pour le moment, cette question ne semble pas suffisamment importante du point de vue des bénéficiaires pour justifier le bouleversement des services qu'entraînerait ce genre de changement.

- Transférer les fonctions actuelles du LLCM aux gouvernements provinciaux. La décentralisation d'un laboratoire de référence central fonctionnant relativement bien et assurant des services

extrêmement spécialisés coûterait plus qu'elle ne rapporterait, surtout compte tenu du degré de satisfaction exprimé par les clients provinciaux.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de :

- maintenir le Programme de contrôle de la santé à l'échelle nationale sous sa forme actuelle (organisation et fonctions), sous réserve de la mise en application des recommandations figurant dans les Rapports de 1982 et de 1985 du Vérificateur général et le rapport d'évaluation du programme de 1985, et de l'examen de la possibilité de recourir à la formule du recouvrement des coûts pour la vérification de la compétence des laboratoires, la production de réactifs et de la certification des hottes.

RECHERCHES SUR LA SANTÉ

APERÇU

PROGRAMMES

Santé et Bien-être social Canada finance deux programmes de subventions pour la recherche sur la santé :

a. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), placé sous l'égide d'une Direction générale du ministère;

b. Le Conseil de recherches médicales (CRM), qui est une société d'État créée aux termes de la Loi sur le Conseil de recherches médicales.

OBSERVATIONS

Chaque programme comporte des mécanismes de contrôle interne de la qualité des projets de recherche financés.

Le CRM finance des projets de recherche fondamentale et clinique, et le PNRDS finance des projets de recherche appliquée. Les priorités du PNRDS sont établies par SBSC.

Le budget annuel du CRM, d'un montant de 160 millions de dollars, représente environ 50 % des crédits consacrés à la recherche médicale au Canada.

Les deux programmes permettent d'accorder des bourses à des chercheurs scientifiques ou universitaires, dans le but de contribuer à la formation du personnel dans ce secteur.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- continuer à financer les deux programmes, selon les mêmes principes et avec la même organisation qu'actuellement;

- augmenter progressivement les crédits accordés pour ces deux programme, en fonction de plans d'une durée approximative de cinq ans.

CONSEIL DE RECHERCHES MÉDICALES

OBJECTIF

Appuyer la recherche médicale et ceux qui sont intéressés ou y participent, dans le but de contribuer à la formation de chercheurs et de favoriser la réalisation de travaux de recherche qualitativement et quantitativement adaptés à la communauté scientifique canadienne.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les centres des sciences de la santé du Canada; les chercheurs et étudiants en science de la santé; et, indirectement, la population canadienne.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Loi sur le conseil de recherches médicales.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Réel	86/87 Prévu
Traitements	1,423	1,980	2,232	2,275	2,365
Fonctionnement	959	929	1,314	1,209	1,284
Immobilisations	15	217*	63	13	13
Subventions et contributions	110,908	137,313	153,191	157,986	127,100*
TOTAL	**113,305**	**140,439**	**156,800**	**161,483**	**130,762**
Années-personnes	42	50	54	54	54

Données fournies par SBSC.

* Acquisition d'un système informatisé pour le suivi des demandes et des subventions.

DESCRIPTION

Le Conseil de recherches médicales (CRM) est une société d'État relevant du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le CRM est doté d'un président à temps plein, qui est aussi le chef de la direction, et de 21 membres non rémunérés représentant les milieux scientifiques et l'ensemble de la population. Il comprend aussi trois membres associés qui représentent les deux autres organismes fédéraux d'octroi de subventions et SBSC.

Le CRM finance des activités de recherche au moyen de :

- Programmes de subventions (fonctionnement, équipement et entretien);

- Programmes de soutien du personnel (traitements et formation);

- Programmes de voyages et d'échanges.

L'examen des projets de recherche est effectué par les intéressés eux-mêmes. Il existe 23 comités de subventions et six comités de bourses, qui regroupent plus de 250 scientifiques actifs. Le CRM utilise aussi des références provenant d'autres organismes canadiens ou étrangers.

L'orientation fondamentale du CRM porte sur la recherche fondamentale et clinique, c'est-à-dire les facultés de sciences de la santé, les écoles dentaires et les écoles de pharmacie.

Le personnel administratif du CRM comprend son président à temps plein et 53 employés, et ses frais d'administration représentent 2.7 % de son budget total.

Le CRM s'efforce de respecter un plan opérationnel quinquennal, afin d'assurer une certaine stabilité de financement pour les projets et les chercheurs.

En 1984-1985, il a financé 3,767 projets, dont 1,415 étaient des projets en continuation, 996 des renouvellements, et 1,356 de nouveaux projets.

ÉVALUATION

Le programme n'a fait l'objet d'aucune évaluation détaillée au cours des cinq dernières années.

OBSERVATIONS

Le CRM est la plus importante source de financement pour la recherche médicale fondamentale et clinique au Canada, et sa contribution représente environ 50 % des budgets de recherche dans ce secteur.

Le CRM privilégie depuis toujours la recherche fondamentale et clinique. Il examine depuis plusieurs années la possibilité de financer de la recherche "appliquée" (épidémiologie, etc.), mais aucune bourse importante n'a encore été octroyée dans ce domaine. De fait, la recherche appliquée est financée par le Programme national de recherche et de développement en matière de la santé (PNRDS).

Les besoins administratifs du CRM ne cessent d'augmenter, étant donné le nombre croissant de candidats (il finance environ 30 % des demandes), et les problèmes d'éthique de la recherche, d'évaluation des travaux, etc.

Le CRM jouit d'une excellente réputation au sein des milieux scientifiques canadiens et sert bien l'intérêt public.

Étant donné que les chercheurs peuvent tout aussi bien obtenir des crédits supplémentaires d'autres sources, on estime que le CRM donne en fait accès à 2 $ de recherche - développement chaque fois qu'il accorde 1 $ de subvention.

D'aucuns estiment que le mandat du CRM devrait être élargi, de façon à englober toute la recherche dans le domaine de la santé. Certes, l'adoption d'une structure plus logique semblerait bénéfique sur le plan de l'efficacité administrative, mais on risque alors de perdre certains avantages sur le plan de la recherche proprement dite.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de maintenir le statu quo, mais il faudra veiller particulièrement à garantir la stabilité des niveaux de financement prévus pour les milieux de la recherche, conformément aux objectifs du plan quinquennal.

Les responsables du CRM et du PNRDS (et des autres conseils fédéraux intervenant dans le domaine de la recherche sur la santé) devraient maintenir des contacts plus réguliers, de façon à garantir la complémentarité de leur action. Certes, la fusion pourrait être bénéfique à long terme et permettre de faire des économies, mais "l'industrie" de la recherche "appliquée" en santé n'est pas assez bien organisée pour qu'on soit certain que ses propres ressources financières ne seront pas en fin de compte investies dans la recherche médicale fondamentale et clinique.

PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE ET DE DÉVELOPPEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

OBJECTIF

Appuyer les activités scientifiques destinées à l'acquisition des informations (c'est-à-dire des nouvelles connaissances) dont a besoin SBSC pour exercer pleinement ses responsabilités à l'égard de la population canadienne.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

SBSC - Direction générale de la protection de la santé
- Direction générale des services médicaux
- Direction générale des services et de la promotion de la santé

Spécialistes effectuant de la recherche "appliquée" dans le domaine de la santé, par exemple les épidémiologistes.

Les provinces.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, article 5(b).

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**82/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Réel**	**86/87 Prévu**
Traitements	738	719	835	830	830
Fonctionnement	294	230	320	302	302
Subventions et contributions	14,092	16,044	18,123	19,309	19,309
TOTAL	**15,124**	**16,993**	**19,278**	**20,441**	**20,441**
Années-personnes	18	19	21	19	19

Données fournies par SBSC.

DESCRIPTION

Le Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS) permet de financer des projets de recherche (80 % des subventions) et les travaux de chercheurs individuels (20 % des subventions).

Les projets de recherche dont il s'agit comprennent des projets originaux de recherche et de démonstration, des analyses de données, des projets de mise en oeuvre préliminaire, des symposiums, des conférences et des activités d'exploitation d'idées intéressantes lorsque leurs auteurs n'ont pas les compétences voulues en matière de recherche.

Les sommes attribuées à des chercheurs individuels sont décernées dans le cadre du programme des bourses de formation et de carrière.

Les projets de recherche sont soumis à une double analyse. On examine tout d'abord s'ils sont admissibles à un financement, conformément au mandat du PNRDS, puis la Direction générale concernée de SBSC et la province vérifient leur pertinence; finalement, un groupe de spécialistes en juge la validité. Les projets doivent être approuvés aux trois étapes pour être acceptés.

Les projets sont révisés annuellement et la continuation de leur financement défend de la réalisation de progrès satisfaisants.

Quatre-vingt pour cent des subventions sont accordées à des projets et à des chercheurs d'université, et 20 % à des projets ou chercheurs extérieurs aux universités. Le PNRDS est le seul programme canadien important distribuant des crédits à des personnes ou groupes extérieurs des universités.

Actuellement, les recherches prioritaires portent sur les domaines suivants :

- organisation et prestation des soins de santé;
- dangers causés par l'environnement;
- prévention primaire et secondaire des maladies;
- adaptation et réadaptation;
- santé des autochtones.

Environ 775 projets de recherche ont été soumis en 1984-1985.

Quelque 563 décisions de financement ont été prises, réparties de la manière suivante : 384 projets de recherche, 153 chercheurs et 26 conférences.

ÉVALUATION

Le ministère a procédé à l'évaluation du programme en novembre 1984, et a formulé les recommandations suivantes :

- SBSC devrait disposer d'un mécanisme d'articulation périodique de ses propres priorités en matière de recherche;
- il faudrait procéder à une évaluation périodique des besoins, dans le cadre des priorités établies par le ministère quant au type de recherches à entreprendre;
- il faut améliorer la conservation et la mise à jour des données;
- il faut assurer une meilleure diffusion des informations.

OBSERVATIONS

Le PNRDS constitue manifestement la source la plus importante d'encouragement pour les chercheurs intéressés à travailler dans des domaines autres que la recherche médicale fondamentale et clinique.

Le fait que les projets doivent être jugés pertinents par rapport aux objectifs des directions générales de SBSC risque d'imposer des contraintes inutiles à la recherche "appliquée", bien que rien ne prouve que tel soit le cas actuellement.

Les services administratifs sont expérimentés, compétents et sobres.

Il semble y avoir un bon réseau de contacts avec les autres organismes contribuant à la recherche.

On affirme que les niveaux de financement actuels permettent de créer 3,000 postes de chercheurs, à temps plein ou à temps partiel.

Il semble qu'une partie des crédits de recherche de SBSC soient attribués par les trois directions générales bénéficiaires, à l'extérieur de la structure du PNRDS.

Certaines provinces, et d'autres intéressés, affirment qu'il existe des carences sur le plan de la communication des résultats de recherche aux organismes susceptibles de les exploiter. C'est d'ailleurs là un problème qui concerne tous les organismes de recherche, et les responsables du PNRDS en sont parfaitement conscients et cherchent des moyens de remédier à la situation.

OPTIONS

Organisation

- Laisser au PNRDS la responsabilité de tous les crédits de SBSC destinés à la recherche dans le secteur de la santé.

- Faire du PNRDS un conseil distinct (comme le CRM).

Financement

- Maintenir la tendance à l'augmentation des crédits.

- Geler les crédits au niveau actuel.

- Réduire les crédits.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de permettre au PNRDS de continuer à être responsable de tous les crédits de SBSC destinés à la recherche et que l'on maintienne la tendance à l'augmentation des crédits.

Certes, l'idée de créer un conseil distinct paraît attrayante, car elle permettrait de faire ressortir l'appui non directif accordé par le gouvernement à la recherche appliquée, mais il en résulterait une augmentation des frais administratifs qui semble supérieur aux avantages potentiels. Si SBSC doit financer la recherche dans le domaine de la santé, il doit le faire dans le cadre d'un programme unique de contrôle scientifique et administratif, et le PNRDS est le candidat idéal à cette fin.

En ce qui concerne les niveaux de financement, il est peu probable que les milieux de la recherche "appliquée" puissent absorber des augmentations de crédits plus rapides, ou tolérer des réductions. À notre avis, les crédits consacrés à ce secteur doivent continuer d'augmenter, car ils sont susceptibles de contribuer à l'amélioration des services de santé à long terme et constituent en fait la seule source de financement importante pour ce type de recherche.

PROMOTION DE LA SANTÉ ET CONDITION PHYSIQUE

APERÇU

PROGRAMMES

Le groupe de programmes de promotion d'un mode de vie sain comprend :

Promotion de la santé
Condition physique Canada.

Promotion de la santé est un programme qui relève de la Direction générale des services et de la promotion de la santé de Santé et Bien-être social Canada. Quant à Condition physique Canada, il relève de la Direction générale de la condition physique et du sport amateur du même ministère.

ANALYSE

Promotion de la santé et Condition physique Canada ont des objectifs analogues et souscrivent tous deux à la définition de la santé adoptée par l'OMS : "le bien-être physique, mental et social". Cependant, il y a peu de liens entre ces deux programmes. Condition physique Canada ne participe à aucun comité de planification de la promotion de la santé et, à l'exception d'un nouveau groupe qui étudie les méthodes de contrôle du poids, ce programme n'intervient pas dans l'élaboration des stratégies de promotion de la santé. De plus, les programmes de contributions de ces deux directions générales fonctionnent quelque peu différemment.

Les deux principales questions concernant ce groupe de services de santé suscitent, à quelques exceptions près, des réactions assez favorables. Il s'agit de la coordination entre ce qui touche à la condition physique et à la promotion de la santé, et l'expansion de ces programmes afin de créer un organisme disposant d'une certaine autonomie.

Si l'on envisage la coordination de ces deux programmes, le Groupe d'étude est d'avis qu'il est important de préserver l'originalité du message en ce qui concerne la condition physique et la grande visibilité que le ministre assure au programme.

Si l'on envisage de confier à un organisme autonome les activités concernant la promotion de la santé et la condition physique, il importe alors de tenir compte de toutes les préoccupations d'ordre national et de s'assurer qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre les divers éléments de cet organisme et le message transmis. Les responsabilités d'un tel organisme ne devraient pas se limiter à la publicité et à la programmation. Étant donné le succès de PARTICIPaction, on pourrait en faire l'outil promotionnel et publicitaire de cet organisme.

Toute intégration des activités de promotion de la santé et de la condition physique devrait tenir compte du fait que Condition physique Canada a une identité nationale bien établie et que la visibilité que lui a donnée le ministre de la Condition physique et du Sport amateur a porté fruit. Il importe également de ne pas compromettre le délicat équilibre des relations établies avec les provinces.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de fusionner la Direction de la promotion de la santé et Condition physique Canada pour créer un organisme autonome qui assurerait la promotion des concepts et des programmes que comprennent les mandats de ces deux entités administratives. Compte tenu de la grande visibilité et du succès de PARTICIPaction, il conviendrait d'encourager ce programme à établir des liens avec la nouvelle société par l'intermédiaire d'un conseil d'administration mixte.

PROMOTION DE LA SANTÉ
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Aider les Canadiens à adopter un mode de vie sain.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Le grand public touché grâce à la publicité, à la diffusion de matériel de promotion et à l'information fournie sous diverses formes; les professionnels et les bénévoles des systèmes de prestation de soins de santé; le secteur privé auquel on a recours pour la promotion de la santé (diffusion de messages ou mise en oeuvre de certains programmes comme Défi à l'entreprise).

DOCUMENTS HABILITANTS

En 1978, SBSC a créé la Direction de la promotion de la santé afin de faire une plus large place à ses programmes d'hygiène préventive. Ce programme découlait directement du document de travail de 1974 intitulé "Une nouvelle perspective", lequel obligeait d'une certaine façon le ministère à mettre en oeuvre ses recommandations.

En 1982-1983, un mémoire a été présenté au Cabinet afin de demander le prolongement du mandat de ce programme jusqu'en 1988-1989. Il faudra alors présenter un rapport décrivant les résultats obtenus et présentant des recommandations concernant la modification ou l'approbation du mandat.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	3,561	4,257	4,481	4,763	4,763
Fonctionnement	6,263	6,813	7,033	7,486	7,486
Immobilisations	60	43	106	-	-
Contributions	3,668	3,944	3,650	4,240	4,240
TOTAL	**13,552**	**15,057**	**15,270**	**16,489**	**16,489**
A.-P.	116	109	112	113	113

Données fournies par SBSC

DESCRIPTION

La Direction a utilisé quatre stratégies :

- Donner au public les outils requis pour lui permettre de s'attaquer aux problèmes touchant son mode de vie. Ceci comprend les activités du programme en matière d'information.

- Promouvoir un climat social propice à l'adoption de modes de vie sains. Ceci comprend la publicité et la promotion. Cette stratégie a également pour objet de combattre les influences nocives telles que la commercialisation trop vigoureuse du tabac et de l'alcool.

- Soutenir les efforts déployés par les citoyens et les organismes d'entraide dans le domaine de la promotion de la santé. Pour ce faire, il a fallu entreprendre des projets conjoints avec des organismes bénévoles, produire du matériel à l'intention de groupes de citoyens, et fournir une aide financière à ces intervenants afin de leur permettre de faire leur travail.

- Favoriser l'implication des programmes de soins de santé, de bien-être social et d'autres types dans le secteur de la promotion de la santé. Cette stratégie vise à orienter davantage le système de santé vers les mesures préventives, et ce, grâce à des travaux de planification réalisés en collaboration avec les ministères provinciaux de la Santé, à des projets conjoints faisant appel à la participation d'associations de professionnels de la santé, à la préparation de matériel de promotion à leur intention et enfin à l'octroi de certaines subventions aux projets pilotes.

Le programme Promotion de la santé est divisé en 12 éléments pour faciliter la planification, la gestion, et l'application:

- cinq éléments ont trait aux questions intéressant le mode de vie, en particulier la nutrition, le tabac, l'usage de l'alcool, l'usage de médicaments et l'hypertension;

- quatre éléments s'occupent des problèmes de certains groupes de la population, à savoir, les enfants et les jeunes, les femmes, les personnes âgées et les personnes handicapées; et

- trois éléments s'occupent des fonctions ou des méthodes de prestation des services qui jouent un rôle clé dans la promotion de la santé, à savoir les communications, l'hygiène dans les écoles et la promotion de la santé en milieu de travail.

Le travail de la Direction générale de la promotion de la santé se fait de deux manières :

- par des activités exécutées directement par le ministère ou dans le cadre de marchés de service;

- par des contributions offertes à des groupes de bénévoles ou de professionnels qui désirent jouer un rôle actif dans la promotion de la santé.

La communication directe avec le public se fait grâce à la publicité dans les médias, à des activités de promotion et à la diffusion de l'information. Les programmes de publicité les plus importants sont Une génération de non-fumeurs, Dialogue sur l'alcool, et Vive moi-même, un projet d'information sur le cannabis. Au cours de l'année financière 1984-1985, 7.5 millions de documents d'information ont été diffusés dans le public.

On utilise divers moyens pour encourager les provinces, les groupes de professionnels de la santé et les associations de bénévoles à participer plus activement à la promotion de la santé :

- coentreprises de planification;

- grands projets pour lesquels les frais sont partagés;

- fourniture de matériel pour les programmes;

- consultation de spécialistes;

- financement des contributions.

ÉVALUATION

Une évaluation du programme est prévue pour 1987 dans le cadre de la préparation du rapport au Cabinet.

OBSERVATIONS

Les activités de promotion de la santé sont également du ressort des provinces, ce qui exige une étroite collaboration entre les deux paliers de gouvernements.

Rien ne permet de juger objectivement si les méthodes actuelles de promotion de la santé sont un succès ou un échec. Les techniques d'évaluation dans ce domaine se perfectionnent toutefois de plus en plus.

Les méthodes actuelles de promotion de la santé nécessitent un personnel nombreux (113 années-personnes).

Le programme Promotion de la santé, c'est-à-dire en fait le gouvernement, n'est pas en mesure de mettre à profit le secteur privé pour qu'il apporte une aide financière aux programmes.

Sous leur forme actuelle, les activités de promotion de la santé du gouvernement seraient peut-être plus efficaces si l'on envisageait leur regroupement au sein d'un organisme semblable à PARTICIPaction.

PARTICIPaction est un excellent outil de diffusion, car il a recours aux services du gouvernement tout en pouvant faire appel à l'aide financière du secteur privé.

PARTICIPaction ne s'occupe que des aspects positifs de la promotion de la santé (la bonne forme physique) et couvre un champ moins étendu que Promotion de la santé. Mais rien à notre avis ne prouve que les volets négatifs (lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues, etc.) ne puissent être "vendus" au secteur privé s'ils sont correctement présentés.

Cependant, des sociétés autonomes telles que PARTICIPaction rendent la tâche plus difficile au gouvernement lorsque vient le temps pour lui de s'assurer que les programmes sont conformes à ses politiques.

Condition physique Canada et Promotion de la santé ont des objectifs qui tendent à se recouper. En fait, la définition de la condition physique adoptée par Condition physique Canada correspond exactement à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé, soit le "bien-être physique, mental et social".

L'activité physique, qui est le cheval de bataille de Condition physique Canada, entre également dans les stratégies utilisées par Promotion de la santé. Voici quelques exemples de double emploi :

- l'activité physique est un élément essentiel de la prévention des maladies chroniques, en particulier des maladies cardio-vasculaires;

- on a démontré que les programmes visant à réduire la consommation de tabac, à améliorer la nutrition et à accroître le degré d'activité avaient un effet synergique;

- la bonne alimentation et l'exercice sont les meilleurs moyens de contrôler son poids;

- les activités récréatives constituent l'un des fondements de la santé mentale.

Ce sont là autant de points sur lesquels insiste Condition physique Canada et le programme Promotion de la santé. Afin de s'acquitter efficacement de leurs responsabilités, les moniteurs de conditionnement physique et de loisirs ont besoin d'information sur la santé.

Dans chaque collectivité du pays, il existe un système de prestation de services de conditionnement physique et de services récréatifs.

Le conditionnement physique en milieu de travail constitue un élément important de Condition physique Canada, mais il fait double emploi avec le programme Défi à l'entreprise de la Promotion de la santé.

S'il y avait fusionnement de Condition physique Canada et de Promotion de la santé, il conviendrait de tenir compte des points suivants :

- la dimension nationale que Condition physique Canada a su donner au conditionnement physique devrait être préservée;

- la visibilité fournie par le ministre de la Condition physique et du Sport amateur est précieuse pour la promotion d'une bonne condition physique et devrait être sauvegardée;

- les provinces devraient être consultées de manière à ne pas enrayer les mécanismes de collaboration existants;

- dans le cadre des diverses stratégies de diffusion de l'information, il conviendrait de faire appel aux professionnels du système actuel de prestations de soins de santé et d'en tenir compte lors de la production du matériel de promotion.

OPTIONS

- Fusionner la Direction de la promotion de la santé et Condition physique Canada pour constituer une société autonome (voir la description détaillée plus loin) qui serait chargée de faire la promotion des concepts et des programmes relevant de ces deux composantes. Compte tenu de la grande visibilité et du succès de PARTICIPaction, il conviendrait d'encourager ce programme à établir des liens avec la nouvelle société par le truchement d'un conseil d'administration mixte.

- Fusionner Condition physique Canada et le programme Promotion de la santé.

- Statu quo.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de fusionner la Direction de la promotion de la santé et Condition physique Canada pour constituer une société autonome qui ferait la promotion des concepts et des programmes relevant du mandat de ces deux composantes. Compte tenu de la grande visibilité et du succès de PARTICIPaction, il conviendrait d'encourager ce programme à établir des liens avec la nouvelle société par l'intermédiaire d'un conseil d'administration mixte.

Annexe 1

PROMOTION DE LA SANTÉ - CONDITION PHYSIQUE

STRUCTURE DE LA SOCIÉTÉ AUTONOME

Les principales caractéristiques d'une société autonome qui prendrait en charge les activités de la Direction de la promotion de la santé et celles de Condition physique Canada pourraient être les suivantes :

Mandat

Établi par le ministre de la Santé et du Bien-être social du Canada et le ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur, en collaboration avec les ministres de la santé provinciaux.

Conseil d'administration

Membres choisis par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social du Canada de manière à assurer un équilibre entre le gouvernement fédéral, les provinces et le secteur privé.

Objectif : déterminer comment l'organisme pourrait s'affranchir le plus possible de l'aide financière du gouvernement.

Activités

Production
Promotion
Ventes
Recherche-développement
Administration et soutien
Consultation
Sélection des candidats et octroi des subventions à des groupes communautaires et autres, conformément aux objectifs de la société.

Échéancier

- Mise sur pied en douze mois.
- Au bout de cinq ans, évaluation débouchant sur le maintien ou la dissolution de la société.

Liens avec PARTICIPaction

- Conseil d'administration mixte.
- Clarification des mandats et accord sur ceux-ci.

CONDITION PHYSIQUE CANADA
(Condition physique et sport amateur Canada)

OBJECTIF

Améliorer la condition physique des Canadiens en les incitant à s'adonner davantage aux activités physiques de manière à rehausser leur état de santé, leur bien-être et leurs capacités dans la vie courante.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les grandes associations nationales et les organismes de groupes cibles spéciaux qui s'occupent de la condition physique; les universités faisant de la recherche dans le domaine de la condition physique; les sociétés autonomes offrant des services reliés à la condition physique.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Loi de 1961 sur la santé et le sport amateur impartit le mandat général de favoriser, promouvoir et améliorer la bonne forme physique des Canadiens. En 1981, le Cabinet a donné son aval aux objectifs suivants :

- améliorer le climat général, l'infrastructure organisationnelle et les systèmes de mise en oeuvre de programmes dans le domaine de l'activité physique au Canada;
- motiver davantage les Canadiens à pratiquer des activités physiques;
- accroître le nombre et l'accessibilité des programmes de qualité facilitant la participation à une activité physique.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

* Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	769	779	788	839	839
F & E	521**	311	335	351	351
Immobilisations	1	1	5		
Contributions	6,407	7,148	7,787	8,339	8,339
TOTAL	**7,698**	**8,239**	**8,915**	**9,529**	**9,529**
A.-P.	24	24	24	24	24

* Direction de la gestion et des services de la planification financière de la CPSA

** Comprend une affectation de 139,300 $, à titre exceptionnel, pour la Conférence nationale sur la condition physique et le troisième âge.

DESCRIPTION

En versant des contributions financières et en offrant des services consultatifs, Condition physique Canada cherche à imprimer un mouvement en faveur de la bonne forme dans tout le pays et à encourager les Canadiens à s'adonner aux activités physiques. De plus, le programme déploie des efforts particuliers à l'intention de certains groupes cibles spéciaux.

Les principales activités reliées à l'amélioration de la condition physique sont groupées en quatre volets : la promotion, la sensibilisation, la formation de spécialistes et la recherche.

Promotion

Condition physique Canada a pris l'engagement de faire la promotion à l'échelle nationale de la condition physique, comme en témoigne la création de PARTICIPaction en 1971. Avec l'aide financière permanente (1,016,000 $ jusqu'à présent en 1985-1986) de Condition physique Canada, la campagne de PARTICIPaction sensibilise les Canadiens aux avantages d'une bonne condition physique et les encourage à accroître leurs activités physiques.

Condition physique Canada favorise également la participation de masse à des activités physiques. Certaines associations nationales ont obtenu des fonds à cette fin. De plus, Condition physique Canada a instauré la Semaine nationale de l'activité physique, qu'elle gère encore en collaboration avec un certain nombre d'organisations nationales et de gouvernements

provinciaux. Cette importante initiative a pour objet de sensibiliser le public aux bienfaits de l'activité physique.

Le prix Jeunesse en forme Canada incite les jeunes Canadiens à viser les hautes performances et, par conséquent, à pratiquer une activité physique régulière et à améliorer leur condition physique.

Sensibilisation

Condition physique Canada a également lançé et appuyé un certain nombre d'activités conçues pour améliorer les connaissances du grand public et des responsables de programmes de conditionnement et d'activité physiques. Le programme diffuse environ un million de documents par an. De plus, il soutient certains organismes nationaux qui s'occupent de concevoir et de produire de la documentation pour les groupes cibles spéciaux.

Formation de spécialistes

Un des objectifs les plus importants de Condition physique Canada est d'améliorer les possibilités de participation à une activité physique au Canada. L'une des principales méthodes utilisées à cette fin consiste à créer une solide équipe d'animateurs, de bénévoles et de professionnels compétents travaillant à l'échelon local, provincial ou national.

En collaboration avec le Conseil interprovincial des sports et loisirs et un certain nombre d'associations nationales, on a ainsi élaboré des lignes directrices et divers outils pour faciliter la formation de leaders. Avec l'appui financier de Condition physique Canada, le Programme de certification et d'accréditation des évaluateurs de la condition physique, mis en oeuvre par l'Association canadienne des sciences du sport, fonctionne dans tout le Canada. Il fournit aux consommateurs des évaluations et des tests sûrs et fiables de leur condition.

En outre, en collaboration avec Sport Canada, Condition physique Canada s'est occupé de répondre aux besoins des particuliers travaillant dans des organismes sportifs nationaux par le truchement du Programme d'aptitudes à l'intention des cadres bénévoles et du

stage de formation professionnelle. Ce dernier est une initiative à dimension strictement nationale, mais le Programme d'aptitudes a été mis au point en collaboration avec les gouvernements provinciaux, lesquels en assurent actuellement l'exécution, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs organismes affiliés.

Recherche

La Société Enquête Condition physique Canada a été créée grâce à la collaboration et à l'aide financière de Condition physique Canada. C'est ainsi qu'on a pu en 1981 mener une enquête nationale qui comprenait notamment des tests sur la condition physique. Cette société s'est progressivement fait reconnaître comme source d'information sur les habitudes des Canadiens en matière de participation à une activité physique, ainsi que sur les niveaux de leur condition physique. Cette information est continuellement analysée, présentée dans un certain nombre de publications et mise à la disposition des chercheurs, des organismes et des responsables de programmes travaillant dans le domaine de l'activité et du conditionnement physiques.

Condition physique Canada administre également un programme spécial de contributions à la recherche depuis 1980.

Condition physique Canada juge indispensable de définir des priorités à l'échelle du Canada et d'élaborer un cadre national pour coordonner les programmes et activités menés à l'échelle nationale, provinciale et locale. Cette opération de coordination a été lançée en 1985, à l'occasion de la première Conférence fédérale-provinciale des ministres responsables de la condition physique au Canada. Cette rencontre a donné lieu à la création d'un certain nombre de comités fédéraux-provinciaux chargés d'étudier les moyens de collaborer à la conception et à la réalisation de programmes (par exemple, Conditionnement physique en milieu de travail, Semaine nationale de l'activité physique, Conditionnement physique et troisième âge). En outre, on a annoncé qu'un sommet national sur la condition physique devrait être tenu au début de l'année financière 1986-1987.

Bien que PARTICIPaction soit un prolongement du programme de Condition physique Canada, il en est distinct sur le plan juridique et organisationnel. La société lançée par Condition physique et Sport amateur (CPSA) en 1971 est

un organisme autonome sans but lucratif qui a pour mandat d'utiliser les médias afin de modifier l'attitude des Canadiens à l'égard de la condition physique. L'investissement initial du gouvernement fédéral a été de 250,000 $ et constituait la seule rentrée de fonds pour PARTICIPaction à l'époque. En 1985 le budget de fonctionnement annuel total est évalué à 2.5 millions de dollars dont un peu plus d'un million consiste en une contribution de Condition physique Canada. Les recettes non gouvernementales proviennent des services que PARTICIPaction fournit aux organismes privés et aux gouvernements provinciaux. Cette société se décrit comme une société nationale de communication sans but lucratif et privée. Elle a un conseil d'administration composé de bénévoles et comprenant le sous-ministre adjoint de la Condition physique et du Sport amateur et deux personnes nommées par le ministre d'État (CPSA). Elle compte 22 employés répartis entre le siège situé à Toronto et un bureau plus petit à Montréal.

Pour inciter les Canadiens à être plus actifs sur le plan physique, PARTICIPaction procède de trois façons différentes :

- conception de publicité d'intérêt public pour tous les médias;
- élaboration et vente de documents sur la condition physique; et
- organisation d'activités de promotion de la condition physique commanditées par certaines sociétés et groupes gouvernementaux.

Les activités liées à la publicité sont uniquement financées par Condition physique Canada. En 1984-1985, cette aide financière a atteint 548,000 $ et, selon PARTICIPaction, elle a permis d'obtenir gratuitement des médias l'équivalent d'environ 14 millions de dollars en publicité. Sans débourser un sou pour réellement acheter du temps d'antenne ou de l'espace dans la presse écrite, PARTICIPaction est donc devenue l'une des sociétés de communications les plus importantes et les plus influentes du Canada en assurant gratuitement à la promotion de la condition physique une publicité qui aurait autrement coûté des millions de dollars.

Outre ces activités de publicité, la société planifie, conçoit et exécute divers types de campagnes de promotion de la santé et de la condition physique commanditées par des sociétés ou des organismes publics. Collectivement, ces campagnes permettent d'atteindre des millions de Canadiens grâce à un vaste système de diffusion composé des leaders, des éducateurs, des chercheurs et des professionnels de la santé, qui travaillent dans le domaine de la condition physique et de la nutrition et qui ont payé leur inscription au réseau PARTICIPaction.

ÉVALUATION

Il n'y a pas eu d'évaluation formelle du programme de Condition physique Canada au cours des cinq dernières années.

OBSERVATIONS

Sur le plan législatif, le mandat du programme est très général, ce qui a permis de l'étendre dans toutes les directions lorsque le ministre en place l'a jugé nécessaire. Il est difficile de trouver des pouvoirs ou des objectifs spécifiques dans la Loi de 1961 sur la santé et le sport amateur car celle-ci ne définit même pas les rapports hiérarchiques et les responsabilités fonctionnelles. Le Conseil consultatif national de la condition physique et du sport amateur (dont la Loi porte création) ne participe plus comme avant aux prises de décisions concernant les politiques et à l'approbation des subventions en raison de la création de Condition physique Canada, lequel assume maintenant toutes les responsabilités du programme.

Cette direction semble vouloir de plus en plus adopter un rôle proactif dans la coordination des activités concernant la condition physique à l'échelle nationale.

Les programmes de Condition physique Canada dans des domaines comme les tests normalisés de la condition physique, la Semaine nationale de l'activité physique, l'Enquête Condition physique Canada, et la formation de moniteurs sont bien appréciés des professionnels de ce secteur tant au Canada qu'à l'étranger.

Condition physique Canada a participé à la création de PARTICIPaction et continue à lui fournir toute l'aide financière nécessaire pour son programme de publicité. Il semble toutefois exister un certain chevauchement entre les deux organismes en ce qui regarde les efforts de promotion et de "commercialisation" qu'ils déploient.

Environ 60 % du budget des contributions de la Direction est consacré à des activités de promotion, mais il existe bien peu de preuves tangibles de la rentabilité de ces dépenses (mis à part l'étude de 1982 qui a montré qu'au cours des dix années précédentes, il y avait eu une augmentation sensible du pourcentage des Canadiens adultes qui avaient adopté un mode de vie sain sur le plan de l'activité physique. Pour 85 % des personnes interrogées dans le cadre de cette étude, PARTICIPaction semble avoir été le principal facteur de ce changement).

Il semblerait que le caractère urgent d'un grand nombre des initiatives de Sport Canada prive Condition physique Canada de l'attention que cet organisme mérite. À l'heure actuelle, Condition physique Canada dispose d'un budget de contributions nettement inférieur (environ 8 millions de dollars) à celui de Sport Canada (à peu près 44 millions de dollars). Il est intéressant de noter que le budget de contributions de Condition physique Canada est le double de celui de Promotion de la santé, mais que le premier dispose de moins du quart des années-personnes du second.

Les rôles respectifs de Sport Canada et de Condition physique Canada dans le domaine des sports de compétition exigent quelques éclaircissements. Sport Canada estime avoir compétence pour le sport sous tous ses aspects, et considère que le sport de haut niveau n'est qu'un élément d'un système sportif national comportant de multiples paliers. D'un autre côté, Condition physique Canada souhaite incorporer l'acquisition des aptitudes sportives à son mandat.

Un grand nombre d'organismes nationaux reçoivent une aide financière à la fois de Condition physique Canada et de Sport Canada. Ceci a entraîné certaines incohérences sur le plan du financement au sein de Condition physique et Sport amateur, et des différences entre les organismes bénéficiant de ces contributions quant aux comptes qu'ils ont à rendre.

Condition physique Canada, PARTICIPaction et la Direction de la promotion de la santé de SBSC ont chacun leurs propres mécanismes pour la promotion, la diffusion de matériel et la prestation de services. De l'avis du Groupe d'étude, il semble qu'on ait fait peu d'efforts de coopération pour intégrer ces réseaux.

Il y a double emploi entre les objectifs du programme de Condition physique Canada et le Défi à l'entreprise de la Direction de la promotion de la santé. Il faut toutefois déterminer à quel service il serait préférable de confier la responsabilité de cette activité.

En fait, il ne semble pas qu'il y ait de raison logique de séparer Condition physique Canada et Promotion de la santé. Les objectifs de ces deux organismes semblent être les mêmes. Leur regroupement permettrait peut-être d'établir une meilleure stratégie d'ensemble pour la promotion de la santé à l'échelle nationale, encore qu'il faille tenir compte du risque que la promotion de la condition physique perde de son dynamisme (qui est actuellement très fort) et peut-être une partie de sa visibilité.

D'autre part, Condition physique Canada, parce qu'il fait partie de Condition physique et Sport amateur, tire profit des liens plus étroits que ce dernier organisme peut entretenir avec le ministre, de la rapidité relative avec laquelle les décisions sont prises et mises en oeuvre, et de l'absence de nombreux autres programmes qui concourent pour s'attribuer une part des ressources décroissantes qui sont disponibles. À cause de la vulnérabilité relative de la Direction de la promotion de la santé, qui constitue un programme "secondaire" à SBSC, toute intégration de Condition physique Canada à ce programme risquerait de compromettre gravement son identité.

OPTIONS

- Fusionner les secteurs de la condition physique et de la promotion de la santé pour créer une société autonome qui assurerait la promotion des concepts et des programmes relevant actuellement du mandat de Condition physique Canada et de la Direction de la promotion de la santé. Étant donné la grande visibilité et le succès de PARTICIPaction, il serait bon d'encourager ce programme à établir des liens avec la nouvelle société par l'intermédiaire d'un conseil d'administration mixte. (Voir le chapitre sur la promotion de la santé).

- Fusionner Condition physique Canada et la Direction de la promotion de la santé, mais en planifiant cette opération avec soin afin d'éviter de compromettre les relations que l'on entretient actuellement avec les provinces, les organismes nationaux et les professionnels du système de soins de santé. Il conviendrait de demander à PARTICIPaction de jouer un rôle prépondérant en ce qui touche à la promotion des programmes et à la défense des priorités de l'organisme ainsi constitué, en collaboration avec les provinces.

- Maintenir Condition physique Canada au sein de CPSA, mais intégrer le programme Défi à l'entreprise de la Direction de la promotion de la santé. Il conviendrait de demander à PARTICIPaction d'assumer la responsabilité de la promotion, laquelle relève actuellement de Condition physique Canada.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Fusionner aussi rapidement que possible Condition physique Canada et la Direction de la promotion de la santé pour constituer une société autonome qui serait chargée d'assurer la promotion des concepts et des programmes relevant du mandat de ces deux composantes. Compte tenu de la grande visibilité et du succès de PARTICIPaction, ce programme devrait être encouragé à établir des liens avec la nouvelle société par l'intermédiaire d'un conseil d'administration mixte.

- Abroger ou modifier la Loi sur la santé et le sport amateur.

- Au plus tard le 1er avril 1986, élaborer et mettre en oeuvre un mécanisme qui permette d'éviter que les organismes nationaux reçoivent, aux mêmes fins, une aide financière à la fois de Condition physique Canada et de Sport Canada.

SERVICES DE SANTÉ

APERÇU

PROGRAMME

Le seul programme qui touche directement à la coordination assurée par le gouvernement fédéral est celui de la Direction des services de santé, qui relève de la Direction générale des services et de la promotion de la santé de SBSC.

OBSERVATIONS

La principale fonction de la Direction des services de santé est de diriger et de coordonner les consultations et la collaboration fédérales-provinciales, ce à quoi elle consacre environ 70 % de ses ressources (directement et indirectement). En 1985, on dénombrait environ 70 comités fédéraux-provinciaux au service de la Conférence des sous-ministres.

La Direction a pour fonction secondaire de fournir soutien, information et conseils au ministre fédéral dans le domaine des services de santé. Il serait bon de réévaluer cette fonction, afin de déterminer la nature exacte des conseils requis et la meilleure façon de les fournir.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage :

- d'évaluer le rôle de la Direction des services de santé en ce qui concerne les besoins spécifiques du gouvernement fédéral en matière d'information et de soutien à la haute direction, et les consultations à tenir avec les provinces sur les problèmes liés à la santé;

- d'imposer un moratoire sur toutes les réunions des comités consultatifs, sous-comités et groupes de travail fédéraux-provinciaux à partir du 1er avril 1986, et de les soumettre à une analyse critique de leur utilité et de leur mandat par la Conférence des sous-ministres;

- de déterminer quelles ressources (ou compétences), et dans quels domaines, sont nécessaires pour répondre aux besoins du ministre et de la haute direction de SBSC en matière de conseil;

- de faire élaborer par le sous-ministre de SBSC et les sous-ministres provinciaux de la santé un mécanisme de consultation approprié;

- d'évaluer les ressources humaines dont aura besoin SBSC lorsqu'auront été déterminés les besoins en services de consultation et de soutien requis par la haute direction;

- de mettre en oeuvre les trois dernières recommandations d'ici au 1er septembre 1986.

SERVICES DE SANTÉ
(Santé et Bien-être social Canada)

OBJECTIF

Fournir des services d'orientation et de coordination dfin d'aider les provinces et les territoires à mettre sur pied et à maintenir des services de santé conformes aux normes nationales.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Le mandat fondamental de la Direction des services de santé concerne le maintien de contacts directs avec :

Les ministères provinciaux de la Santé.

Les associations nationales de bénévoles, telles que l'Association canadienne pour la santé mentale.

Les organisations professionnelles nationales, telles que l'Association médicale canadienne.

Les organisations nationales et internationales, telles que l'Association des hôpitaux du Canada et l'Organisation mondiale de la santé.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Direction des services de santé n'a pas été créée en vertu d'un texte législatif précis. On trouve toutefois dans la partie V de la Loi sur le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social un mandat général qui prévoit notamment :

- la réalisation d'enquêtes et de recherches dans le domaine de la santé publique et du bien-être social;
- la réalisation d'enquêtes et de recherches pour la collecte, la publication et la diffusion d'information sur la santé publique;
- la coopération avec les autorités provinciales dans le but de coordonner les efforts entrepris ou envisagés pour préserver et améliorer la santé publique.

La Division de planification des établissements de santé a été créée en 1945, par un décret du conseil.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses par élément budgétaire

Dépenses	82/83 Réel	83/84 Réel	84/85 Réel	85/86 Budget	86/87 Prévu
Traitements	3,252	3,559	3,667	3,739	3,666
Fonctionnement	1,798	2,104	2,324	2,780	2,580
Immobilisations	24	38	89	-	-
Subventions et contributions					
Planification familiale	1,100	174	174		
Organismes nationaux de bénévolat	441	2,793	3,015	3,176	3,249
Centre de diagnostic par visualisation (U. de la C.-B.)		1,000			
Institut de cardiologie de l'U. d'Ottawa			2,500		
Été Canada	10				
Total partiel	1,541	3,977	5,689	3,176	3,249
TOTAL	**6,614**	**9,678**	**11,769**	**9,695**	**9,495**
Années-personnes	72	72	75	73	71

Données fournies par SBSC.

DESCRIPTION

Ce programme comprend six éléments distincts :

Santé mentale
Services de santé communautaires
Évaluation de la santé
Services en établissement et services professionnels
Planification des établissements de santé
Main-d'oeuvre sanitaire
Comité canadien du sang

Par ailleurs, l'unité de gestion du programme comprend :

le Directeur général des services de santé;
deux experts-conseils principaux;
un coordonnateur de programme.

Le rôle principal de la Direction des services de santé consiste à favoriser l'élaboration et l'application de normes raisonnables en matière de services, et de veiller à la parité entre les programmes provinciaux.

La Direction aide les provinces en jouant un rôle de direction et de coordination, par l'intermédiaire des comités consultatifs fédéraux-provinciaux créés pour aider la Conférence des sous-ministres à s'acquiter de son mandat. En d'autres mots, ce mécanisme permet aux cadres supérieurs du gouvernement fédéral et des provinces de se consulter et de collaborer. En 1985, il y avait environ 70 comités fédéraux-provinciaux relevant de ce comité général destinés à appuyer la Conférence des sous-ministres.

Voici une description de chaque élément de programme.

Santé mentale (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	682	780	960	1,001	1,101
Années-personnes	10	11	12	10	10

Cette activité a pour objectif de faciliter les échanges d'information de façon à contribuer à l'amélioration de la qualité des services offerts dans le domaine de la santé mentale au Canada, et à partager l'expérience acquise dans d'autres régions du pays. Les principaux bénéficiaires sont les provinces et les professionnels de ce secteur.

Les moyens utilisés sont les suivants :

- Publication d'une revue de qualité sur la santé mentale.
- Publication de brochures sur la santé mentale.

- Organisation de réunions, de symposiums et de conférences portant sur les questions d'actualité dans le domaine de la santé mentale.
- Incitation à la recherche, établissement d'un consensus sur les stratégies susceptibles d'améliorer l'efficacité des services de santé mentale, et promotion de ces dernières.

Services de santé communautaires (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	955	3,452	3,622	3,898	3,998
Années-personnes	9	9	10	9	9

Cette activité a pour objectif d'appuyer et d'aider le Comité consultatif fédéral-provincial sur les services de santé communautaires dans des domaines tels que l'agrément des services de santé publique, les soins à domicile, et les systèmes d'information en santé communautaire; de contribuer au financement des services de soutien administratif d'une cinquantaine d'organisationsnationales de bénévolat dans le domaine de la santé, pour un total de 3.1 millions de dollars; d'offrir des services de consultation aux autres ministères fédéraux, par exemple en participant avec le ministère des Affaires des anciens combattants et l'hôpital Sainte-Anne de Montréal à une étude de faisabilité sur la transformation éventuelle de cet établissement en centre national de soins aux personnes âgées; d'offrir des services de consultation aux organismes de bénévolat, par exemple en participant avec le Conseil canadien pour la réadaptation des handicapés à la planification d'une conférence internationale devant se tenir à Vancouver. Les employés de ce service ont joué un rôle très important à cet égard; offrir des services de consultation aux organismes internationaux, tels que l'Organisation mondiale de la santé, par exemple dans le domaine des soins primaires. Un représentant du gouvernement fédéral peut diriger la délégation canadienne aux diverses réunions de l'OMS, ou faire partie de la délégation.

Évaluation de la santé (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	202	203	288	244	338
Années-personnes	3	3	4	3	3

L'objectif de cette activité est de collaborer avec les provinces et les organismes de bénévolat pour trouver les méthodes susceptibles de prévenir et de contrôler les maladies chroniques, par exemple :

- En élaborant une stratégie et un plan d'action destinés au Comité consultatif fédéral-provincial sur les services de santé communautaires.
- En concevant et en entreprenant une étude comparative sur les maladies cardio-vasculaires, en collaboration avec la Saskatchewan, l'université de cette province, la Nouvelle-Écosse et l'Université Dalhousie.
- En réalisant une enquête sur les taux de lipides dans le sang chez les habitants de la Nouvelle-Écosse.

Services en établissements et Services professionnels (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	1,153	1,217	1,429	1,457	1,557
Années-personnes	13	12	12	13	13

Ce programme vise à aider les provinces à maintenir ou à hausser leurs services de santé au niveau des normes acceptables. Les responsables du programme s'intéressent également :

- Aux questions de productivité, grâce à un programme d'amélioration de la productivité dont les coûts sont partagés entre le gouvernement fédéral et les provinces, et dont le but spécifique est d'examiner les méthodes de dotation et les systèmes de mesure de la charge de travail.

- À l'amélioration des services de santé grâce à l'élaboration, avec les provinces, de directives destinées aux établissements et, avec les professionnels, de directives cliniques.

Planification des établissements de santé (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	1,130	1,186	1,215	1,363	1,363
Années-personnes	17	14	15	14	14

L'objectif de ce programme est de collaborer avec les provinces à l'élaboration des normes et de directives, dont elles assurent volontairement l'application de différentes manières. Il comprend des recherches, des ateliers, des symposiums et la rédaction de rapports dans des domaines tels que les économies d'énergie, l'utilisation des locaux et l'évaluation après occupation. Ce programme est mis en oeuvre dans le cadre de la structure des comités consultatifs fédéraux-provinciaux.

Main-d'oeuvre sanitaire (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	304	312	263	323	323
Années-personnes	4	4	4	4	4

Ce programme est destiné à offrir un appui technique au Comité consultatif fédéral-provincial sur la main-d'oeuvre sanitaire, et à favoriser les échanges d'information. Les provinces y jouent un rôle essentiel, en participant à des études et en préparant des rapports sur des problèmes tels que le nombre de médecins disponibles au Canada.

Directeur général
(comprenant les experts-conseils principaux et les coordonnateurs de programmes)
(milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	311	514	437	347	357
Années-personnes	5	8	5	5	5

L'objectif principal de ce programme est de nature administrative, puisqu'il vise à fournir des services de secrétariat aux diverses sections et à coordonner leurs efforts au besoin. La principale fonction du coordonnateur de programme consiste à fournir des services centralisés de secrétariat aux trois comités consultatifs fédéraux-provinciaux.

Comité canadien du sang (milliers $ et A.-P.)

	82/83	83/84	84/85	85/86	86/87
Dépenses	152	150	305	368	368
Années-personnes	1	1	4	4	4

Ce comité a été constitué en 1979 lorsque les ministres provinciaux de la Santé ont décidé de coordonner leurs activités en matière d'approbation des budgets et des programmes relatifs aux services de transfusion sanguine de la Société canadienne de Croix-Rouge. Le comité est chargé d'approuver les budgets annuels et les nouveaux programmes prévus pour la Croix-Rouge, d'élaborer une politique nationale du sang, et de contrôler l'exploitation des services de collecte et de transfusion de façon à garantir qu'ils respectent les principes établis en matière de dons volontaires, de gratuité du sang et des produits du sang, d'autosuffisance financière, et du caractère non lucratif du but de l'organisme.

La moitié des coûts du comité sont remboursés au gouvernement fédéral par les gouvernments provinciaux, en fonction de leur population respective.

ÉVALUATION

Ce programme fait actuellement l'objet d'une évaluation officielle par la Direction de l'évaluation des programmes.

OBSERVATIONS

Nos discussions avec les responsables du programme et notre analyse des diverses activités nous portent à conclure que les objectifs du programme semblent être bien compris par le personnel. On constate toutefois l'absence de critères de rendement spécifiques qui permettraient d'évaluer le programme.

La Direction affirme qu'elle oeuvre à l'échelle nationale où elle dirige, coordonne, fait circuler l'information, élabore des normes et assure la présence du gouvernement fédéral, de façon à contribuer à l'amélioration du réseau de services de santé. L'une de ses préoccupations constantesest qu'elle aurait trop peu de personnel pour ses nombreuses responsabilités. Il est toutefois impossible de déterminer si celles-ci sont vraiment nécessaires, étant donné l'absence de critères d'évaluation.

Quoi qu'il en soit, les visites effectuées dans les provinces par les membres du Groupe d'étude sur les programmes de santé et de sports ne confirment pas complètement l'opinion que se fait la Direction des services de santé de son utilité. Les avis formulés dans les provinces à ce sujet couvraient toute la gamme des possibilités, allant de son abolition pure et simple à son maintien comme service essentiel. Les provinces maritimes et les territoires sont positifs et considèrent que la Direction fournit des services utiles. D'autres provinces estiment que le programme pourrait être supprimé, tout en reconnaissant que les divers comités consultatifs ont un rôle à jouer et permettent aux provinces de collaborer avec le gouvernement fédéral pour adopter des positions communes. Il convient de souligner que les provinces remplaceraient le programme à leur propre niveau si ce dernier était aboli. Toutes les provinces estiment que la Conférence des sous-ministres ne constitue pas un mécanisme de consultation efficace et ne fournit pas aux comités consultatifs la direction et l'orientation qui seraient indispensables pour en assurer l'efficacité et l'utilité en tant qu'outils de consultation.

On nous a également déclaré que la participation des employés de la Direction est absolument essentielle pour garantir que le ministre fédéral reçoive des avis et des conseils valables dans les divers domaines de la santé. Cependant, il se peut qu'il existe d'autres méthodes et d'autres sources de compétences auxquelles le ministre pourrait avoir recours pour obtenir l'information dont il a besoin. De plus, il n'est pas certain que les directives, études, publications, brochures, rapports, séminaires, consultations et travaux de coordination ou de secrétariat soient essentiels à l'amélioration du réseau de services de santé. Ces tâches pourraient-elles être exécutées de manière plus économique et plus efficace par d'autres organismes?

OPTIONS

Par conséquent, le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage :

- d'évaluer le rôle de la Direction des services de santé dans le contexte des besoins spécifiques du gouvernement fédéral en matière d'information et de soutien à la haute direction, et des besoins de consultation des deux niveaux de gouvernement en ce

regarde les problèmes de santé (c'est-à-dire le maintien des comités consultatifs fédéraux-provinciaux);

- d'imposer un moratoire sur toutes les réunions des comités consultatifs sous-comités et groupes de travail fédéraux-provinciaux à partir du 1er avril 1986, et de les soumettre à l'analyse critique de leur utilité et de leur mandat par la conférence des sous-ministres de la Santé;

- de demander au ministère de la Santé de déterminer d'ici au 1er septembre 1986, quelles ressources il lui faudrait, et dans quels domaines, pour répondre aux besoins du ministre et de la haute direction en matière de soutien et de conseil;

- de demander au sous-ministre de la Santé nationale et du Bien-être social de rencontrer ses homologues provinciaux avant le 1er septembre 1986 afin d'élaborer un mécanisme approprié pour les services de consultation.

Une fois établis les besoins en matière de consultations et d'appui de la haute direction, il faudrait déterminer le niveau des ressources humaines nécessaires à cette fin.

LE SPORT

APERÇU

PROGRAMMES

Le groupe de programmes ayant trait au sport comprend :

Sport Canada et
Sports - Relations internationales

Sport Canada appartient à la Direction générale de la condition physique et du sport amateur de SBSC. Sports - Relations internationales relève de la Direction de la politique culturelle du Secteur des affaires sociales et des programmes du ministère des Affaires extérieures.

OBSERVATIONS

Le cycle sportif quadriennal comporte un nombre croissant de manifestations au Canada et à l'étranger auxquelles les équipes et les athlètes canadiens doivent participer pour pouvoir concourir avec les nations les mieux classées aux Jeux olympiques et aux championnats du monde. C'est ce qui a suscité le développement d'un programme beaucoup plus complexe de formation d'athlètes, programme qui avait besoin d'une coordination et d'une direction centralisée. Le gouvernement fédéral a assuré la planification, l'appui financier et la liaison internationale nécessaires pour poursuivre l'objectif d'excellence qui est celui du sport amateur international. La question est maintenant de savoir si l'infrastructure sportive actuelle peut subvenir à ses propres besoins sans une intervention gouvernementale directe aussi importante. Compte tenu de la situation administrative et financière dans laquelle se trouvent actuellement de nombreuses organisations sportives nationales, et des organismes répondant à leurs besoins, le retrait soudain du soutien gouvernemental compromettrait gravement la viabilité de leurs programmes. En revanche, le fait d'être pratiquement assuré de recevoir une aide financière annuelle du gouvernement semble avoir incité ces organisations à faire moins d'efforts pour trouver d'autres sources d'aide financière.

Il semble généralement reconnu que davantage d'efforts devraient être déployés pour convaincre les entreprises de l'intérêt d'un investissement dans le sport amateur.

Cependant, un grand nombre de programmes qui font partie intégrante du régime d'entraînement d'un athlète (par exemple, la certification des entraîneurs, la médecine sportive) ne présenteraient qu'un intérêt commercial limité pour les entreprises et leurs coûts devraient probablement être assumés dans une bien plus grande mesure par les participants.

Sport Canada exige actuellement que les organismes nationaux directeurs de sport répondent à certains critères de planification avant que leur demande de contribution ne soit approuvée. Le but poursuivi est d'améliorer les compétences administratives et techniques de ces organisations et d'assurer la coordination des nombreuses activités de soutien (centres de sports de haute compétition, médecine sportive, programmes d'entraînement) qui permettent aux athlètes de réussir dans les grandes rencontres sportives internationales. Si cette planification finissait par atteindre son objectif, il est à prévoir que le programme et les services de Sport Canada perdraient beaucoup de leur importance. Il n'en demeure pas moins que les organisations sportives continueront à devoir faire appel à diverses sources d'aide financière.

Le succès des athlètes canadiens aux récentes rencontres sportives internationales montre combien a été rentable l'investissement du gouvernement fédéral dans les programmes "Mieux que jamais" conçus pour permettre au pays de se classer parmi les meilleurs au monde. La décision de relever, de maintenir ou d'abaisser les objectifs du Canada dans ce domaine revêterait un caractère politique et aurait des incidences sur le plan des ressources. Étant donné que le rôle et les besoins en matière de ressources de Sport Canada ont été sensiblement influencés par le fait qu'on ait mis l'accent sur le sport de haute compétition et par la décision de se conformer à un cycle quadriennal, ce genre de décisions politiques déterminerait probablement le niveau de service autorisé pour le programme.

Jusqu'à présent, on ne semble pas avoir suffisamment exploité le sport comme élément complémentaire de diverses activités internationales ou comme manifestation de notre politique sociale à l'étranger. Il faudra toujours faire appel aux services des Affaires extérieures lors de la négociation d'accords sportifs bilatéraux ou de la présentation de candidatures aux jeux importants tels que

les Jeux olympiques. Il serait cependant utile d'étudier plus à fond les possibilités qu'offre le sport comme moyen de rehausser le prestige du Canada à l'étranger.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de réduire progressivement le programme sur une période de 10 à 15 ans afin de donner au système de formation d'athlètes de haut niveau le temps de s'assurer une viabilité suffisante, tant sur le plan organisationnel que financier, pour pouvoir fonctionner de manière relativement indépendante du gouvernement.

Avant le début du prochain cycle sportif quadriennal, étudier la question du lien que l'on établit entre le classement des athlètes canadiens et le niveau de financement autorisé pour Sport Canada.

SPORT CANADA

OBJECTIF

Assurer la direction, l'orientation et l'aide financière nécessaires au développement du sport canadien et à la poursuite de l'excellence à l'échelon national et international.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

- Les organismes sportifs nationaux.
- Les établissements d'enseignement postsecondaire dont les activités comportent des programmes de recherche dans le domaine du sport, des cliniques de médecine sportive, des centres nationaux d'entraînement sportif.
- Les athlètes canadiens classés parmi les 16 premiers au monde et ceux qu'on a jugés capables de se classer parmi les 16 premiers.

DOCUMENTS HABILITANTS

En vertu de la Loi de 1961 sur la santé et le sport amateur, Sport Canada a pour mandat général d'encourager, de promouvoir et de développer la condition physique et le sport amateur au Canada.

À la suite de l'approbation par le Cabinet, en 1981, d'un important document d'orientation, on met maintenant l'accent sur les points suivants :

- Renforcer la fonction administrative des organismes nationaux directeurs de sports afin d'accroître leur efficacité.
- Concentrer l'aide et les efforts sur la poursuite de l'excellence en sport amateur.
- Accroître l'intérêt pour le sport de haut niveau et le sport amateur canadien en général et les faire connaître davantage.

En 1983, le Cabinet a approuvé l'objectif national/fédéral suivant : une 9^{e} ou une 10^{e} place pour le Canada parmi les nations participant aux Jeux olympiques d'hiver

de 1988. À cette fin, il a accepté de verser une allocation de 25 millions de dollars sur une période de cinq ans. En 1985, le Cabinet a également approuvé un autre objectif, soit le classement du pays entre le 6e et le 8e rang aux Jeux olympiques d'été de 1988. Ici encore, il a accepté de verser à cette fin une allocation de 37.2 millions de dollars sur quatre ans.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

Dépenses	**82/83 Réel**	**83/84 Réel**	**84/85 Réel**	**85/86 Budget**	**86/87 Prévu**
Traitements	888	1,138	1,314	1,565	1,565
F&E	289	325	402	1,865	1,685
Immobilisations	3	4	34	-	-
Contributions	39,905	42,551	47,870	44,012	45,243
TOTAL	**41,085**	**44,018**	**49,620**	**47,262**	**48,493**
Années-personnes	28	33	32	35	35

* Source : Gestion et Services de la planification financière de CPSA

L'augmentation considérable des dépenses de fonctionnement et d'entretien prévues pour 1985-1986 et 1986-1987 s'explique par un transfert de fonds entre éléments à la suite d'une recommandation du vérificateur général.

Une somme de 12 millions de dollars a été ajoutée de façon permanente au budget annuel de Condition physique et Sport amateur (CPSA) en 1980-1981. Ce montant représente la moitié du capital annuel de 24 millions de la Corporation interprovinciale des loteries, conformément à l'entente sur les loteries de 1979.

Les 100 millions de dollars versés de 1985 à 1988, conformément à l'entente fédérale-provinciale sur les loteries de 1985, seront utilisés pour planifier et organiser les XVe Jeux olympiques d'hiver à Calgary, mais ils ne font pas partie du budget de CPSA.

DESCRIPTION

La Direction générale de la condition physique et du sport amateur fait partie de SBSC en dépit du fait qu'elle rend compte de ses activités au Cabinet par l'intermédiaire du ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur. Sport Canada est un des deux programmes de CPSA.

Les éléments de ce programme sont les suivants :

Sports de haute compétition/excellence sportive : Cet élément s'occupe des entreprises dont l'objectif est l'atteinte du niveau de performance le plus élevé possible par les athlètes canadiens sur la scène sportive internationale, et en particulier aux Jeux olympiques. Sport Canada administre des programmes techniques tels que le Programme d'aide aux athlètes, le Programme d'aide aux sciences du sport, le Programme de recherche appliquée dans le sport et le Programme d'accueil. Il permet de fournir des conseils techniques et une aide financière aux organismes sportifs nationaux dans des domaines tels que les programmes de l'équipe nationale, les compétitions nationales et internationales, l'entraînement, les sciences du sport et les centres de sports de haute compétition.

Développement du sport au Canada : Cet élément fournit les ressources financières et l'orientation nécessaires à l'élaboration de programmes techniques et de programmes de compétition à l'intention des participants qui n'ont pas encore atteint un haut niveau de performance à l'échelle internationale. Les principales activités de cet élément sont les suivantes : les compétitions nationales axées sur le perfectionnement telles que les Jeux du Canada et les divers championnats nationaux, les programmes de perfectionnement de l'Association canadienne des entraîneurs, et les programmes de formation technique des organismes nationaux de sport.

Infrastructure sportive : Cet élément fournit les ressources financières et l'orientation nécessaires à l'établissement et au maintien d'un système efficace de prestation de programmes sportifs à l'échelle nationale. Le Centre national du sport et de la récréation et tout ce qui, dans les organismes

nationaux de sport, concerne le personnel administratif, les bureaux, les réunions, la planification, etc., relèvent de cet élément.

L'exploitation de ces trois éléments est assurée grâce à 35 années-personnes.

ÉVALUATION

Il n'y a pas eu d'évaluation officielle du programme de Sport Canada au cours des cinq dernières années.

OBSERVATIONS

Validité des objectifs du programme

Le rôle que joue le gouvernement fédéral dans l'édification de la nation semble avoir assuré la légitimité de l'aide qu'il apporte aux efforts faits par les milieux du sport amateur, sur le plan national et international, au cours des 24 dernières années. La question est maintenant de savoir s'il est possible de réduire l'importance de l'aide gouvernementale sans compromettre cet investissement initial.

Le mandat actuel est très général, ce qui a permis à chaque ministre de l'orienter dans la direction qui lui paraissait nécessaire. Il est difficile de s'inspirer de la Loi de 1961 sur la santé et le sport amateur pour déterminer les compétences ou les objectifs de programmes spécifiques car cette loi ne définit même pas les rapports hiérarchiques ou les responsabilités fonctionnelles. Avec le temps, le Conseil consultatif national de la condition physique et du sport amateur a perdu le rôle qu'il avait joué au départ dans les prises de décision et l'approbation des subventions, du fait de la création de la Direction de Sport Canada et de la prise en main par cette dernière de toutes les responsabilités des programmes.

Les trois grandes orientations que constituent le sport de haute compétition, l'infrastructure sportive et le sport au Canada ont été établies par une politique de 1981 et des décisions du Cabinet concernant les programmes "Mieux que jamais" pour les Jeux olympiques d'été et d'hiver de 1988.

Toute décision de prolonger les programmes "Mieux que jamais" après 1988 sera obligatoirement politique. Le fait que le Canada soit l'hôte des Jeux olympiques d'hiver à

Calgary impose des contraintes supplémentaires au système, mais il importe de régler la question du "niveau de service".

À de nombreux égards, il ne s'agit pas d'un programme gouvernemental en ce sens que Sport Canada accorde d'importantes contributions aux organismes nationaux directeurs de sport (ONDS) et aux organismes multidisciplinaires qui, à leur tour, développent les sports et forment les athlètes de haut niveau. Les activités de Sport Canada ne font pas double emploi avec celles d'autres programmes du gouvernement.

Les sollicitations auxquelles est soumis le budget des contributions de Sport Canada dépendent d'un certain nombre de facteurs externes sur lesquels cette direction peut exercer un contrôle relativement limité, par exemple :

- le nombre d'organismes admissibles;
- la capacité des organismes nationaux de sport à rendre des comptes;
- le nombre de sports inclus dans les compétitions que comprennent les jeux d'importance;
- le nombre d'athlètes admissibles;
- les progrès techniques dans le domaine sportif.

Réalisation des objectifs

Sport Canada ne subventionne directement aucun athlète; il ne peut qu'aider les organismes nationaux à permettre à leurs meilleurs athlètes de participer aux compétitions. Les résultats obtenus par le Canada aux Jeux olympiques de Los Angeles prouvent que l'argent n'a pas été dépensé en pure perte. (Les dépenses annuelles actuellement consacrées aux programmes de haute compétition pour les Jeux olympiques d'été s'élèvent à environ 20 millions de dollars).

Outre la réalisation d'objectifs spécifiques, le programme a eu quelques effets secondaires :

- sur le plan positif, le fait que l'on mette l'accent sur les programmes "Mieux que jamais" a suscité un effort de coopération entre les deux paliers supérieurs de gouvernement et un comité fédéral-provincial du plan directeur a été créé;

- par contre, l'injection d'argent supplémentaire dans ce programme a incité les ONDS à déployer moins d'efforts pour trouver d'autres sources d'aide financière;

- au fur et à mesure que les programmes devenaient plus techniques et plus complexes, les problèmes inhérents aux organismes dont le personnel est professionnel, mais dont le conseil d'administration est composé de bénévoles se sont aggravés.

Il est difficile de dire s'il serait préférable d'avoir recours à d'autres moyens pour obtenir les résultats recherchés. On n'a essayé aucune autre solution. Apparemment, aucun organisme ou porte-parle n'est reconnu comme le représentant indiscutable des milieux du sport amateur.

Si l'on accepte le fait que les programmes, services, installations et performances actuelles constituent un solide point de départ, Sport Canada semble constituer un programme rentable.

Il y a des recettes et des dépenses "fixes". On a ajouté 12 millions de dollars au budget annuel de base de Sport Canada à la suite de l'entente de 1979 sur les loteries. Il y a actuellement des engagements de dépenses "fixes" pour les programmes "Mieux que jamais" d'hiver (25 millions de dollars sur cinq ans) et "Mieux que jamais" d'été (37.2 millions de dollars sur quatre ans).

Effets sur les bénéficiaires

En un sens, c'est le milieu du sport amateur tout entier qui bénéficie des programmes de Sport Canada, mais comme légèrement plus de la moitié du budget des contributions est réservée aux initiatives dans le domaine de la haute compétition, on a tendance à penser que ce sont les athlètes d'élite qui en sont les véritables bénéficiaires. Il conviendrait cependant de juger également de l'effet de ce programme en fonction du professionnalisme croissant des ONDS, du niveau technique élevé atteint par les entraîneurs et les officiels, et du raffinement accru du système de soutien concernant les sciences du sport et la médecine sportive.

Inévitablement, les ONDS ont subi l'influence des priorités gouvernementales, si bien qu'ils ont accordé proportionnellement moins d'attention au développement des sports de niveau inférieur à celui de la haute compétition et qu'ils se sont moins préoccupés de commercialiser leur "actif" pour n'avoir pas à dépendre autant de l'aide financière du gouvernement.

L'effet des initiatives de Sport Canada sur les investissements des provinces aux échelons inférieurs de la hiérarchie des étapes de formation des athlètes ne semble pas faire l'objet de négociations suffisantes.

La décision concernant le classement qui convient pour le Canada est une décision d'ordre politique. L'appui dont jouit actuellement le programme exige que l'on consacre plus de ressources aux sports dans lesquels nous sommes capables d'obtenir de bons résultats sur la scène internationale.

Efficacité du programme

Le programme est bien connu des principaux bénéficiaires, mais il est rare que le grand public ou encore les éventuels investisseurs du secteur privé attribuent à Sport Canada les résultats des investissements du gouvernement fédéral. De plus, les gouvernements provinciaux ne sont pas toujours tenus au courant des initiatives fédérales dans ce domaine et souhaiteraient être plus souvent consultés.

Comme la prestation du programme se fait essentiellement par l'intermédiaire des ONDS et des organismes multidisciplinaires, il est inévitable que l'obligation de se conformer à la politique gouvernementale, fait qui peut être considéré comme une "ingérence de la part de l'État", rencontre une certaine résistance.

Il est indispensable de renforcer les services de gestion des associations et également d'approfondir l'idée d'un "plan directeur" fédéral-provincial.

Les éloges ou les critiques du personnel et de la clientèle portent surtout sur les caractéristiques suivantes du programme :

- l'ordre de priorité du gouvernement fédéral en matière de financement influe sur les priorités des associations;

- l'établissement de centres d'entraînement pour la haute compétition est problématique dans certaines provinces. Les initiatives fédérales ont, pour les provinces, des retombées qui pourraient leur coûter de l'argent;

- le développement de l'aspect technique du sport a été excellent;

- les compétences de certaines associations en matière de gestion et de commercialisation sont très limitées;

- les conseillers de Sport Canada "gèrent" les ONDS et, à son tour, le personnel professionnel des associations "gère" le conseil d'administration composé de bénévoles -- il y a là trop d'interventions;

- il y a double emploi avec les programmes provinciaux dans le domaine du développement du sport au Canada;

- il y a disparité entre les provinces pour ce qui est des avantages que l'on tire du programme de Sport Canada.

Le programme et les besoins des clients sont en pleine expansion, mais se trouvent freinés par les restrictions budgétaires fédérales.

Le programme ne semble pas entrer en conflit avec d'autres programmes fédéraux, mis à part la nécessité de déterminer les rôles respectifs de Sport Canada et de Condition physique Canada dans le domaine du sport. Le programme est conçu pour apporter un complément à l'aide que les provinces offrent aux associations sportives provinciales, bien que cela ne soit pas toujours le cas.

Commentaires des provinces

Une présence nationale et internationale s'impose dans le domaine du sport.

Les gouvernements provinciaux ne pourraient pas fournir l'orientation et la coordination nécessaire dans le domaine du sport national ou international.

Le plan directeur actuel représente un pas sur la voie qui mène à la détermination des responsabilités fédérales et provinciales, et des chevauchements qui existent en ce qui concerne la formation d'athlètes de haut niveau au Canada.

Les provinces considèrent que la contribution du gouvernement fédéral dans ce domaine est valable et devrait se poursuivre, mais qu'on devrait être beaucoup plus sensible aux besoins des provinces et à l'effet du programme sur les plans et les budgets provinciaux.

Le choix de l'emplacement des centres d'entraînement nationaux a suscité de vives controverses car la majorité des provinces estiment ne pas être suffisamment consultées avant que le choix ne soit arrêté.

Il pourrait y avoir conflit d'intérêt lorsque les initiatives fédérales ayant pour but d'encourager les sociétés privées à investir dans les programmes de sports nationaux compromettent les chances des provinces d'obtenir de ces sociétés une aide financière.

Effets

Le programme a assuré une aide financière et régulière aux ONDS et aux athlètes, en fonction de critères de performance.

En créant et en subventionnant le Centre national du sport et de la récréation, le programme a permis à une gamme étendue de sports de partager les mêmes installations et services et a favorisé les échanges d'idées.

Le potentiel des athlètes sur le plan de la compétition est exploité de manière plus complète, quel que soit le lieu géographique.

L'adoption d'un objectif national visant à assurer un rang mondial relativement élevé au Canada a fait prendre conscience de la nécessité de pouvoir compter sur des modèles de perfectionnement des athlètes beaucoup plus poussés que ceux qui existaient auparavant. Ces modèles exigent cependant une expansion importante des programmes exécutés à l'échelle provinciale. Elles requièrent également des organismes sportifs nationaux un niveau de compétence élevé en matière de gestion et sur le plan technique. Ceci signifie qu'il faudra des ressources supplémentaires, que des ententes devront être négociées entre le gouvernement

fédéral et les provinces et que les organismes sportifs devront être capables de faire face aux exigences complexes du système.

En raison de l'aide financière que reçoivent du gouvernement fédéral les ONDS, un grand nombre de ces derniers ne se sont pas suffisamment souciés de trouver de l'argent par d'autres moyens. Très peu d'organismes nationaux tirent des revenus importants des cotisations de leurs membres. De plus, il reste à régler toute la question de la contribution des membres et des participants au coût des programmes de perfectionnement des entraîneurs, des officiels ou des spécialistes de la médecine sportive. La plupart des ONDS ne disposent pas de réserves financières suffisantes pour leur permettre de poursuivre ces programmes advenant une réduction de l'aide fédérale pendant une certaine période.

Le programme remet en question le rôle traditionnel du membre bénévole du conseil d'administration. Au fur et à mesure que le développement d'athlètes d'élite gagne en complexité, ces conseils doivent faire face à la possibilité d'un changement radical en ce qui concerne la répartition des pouvoirs en matière de gestion, des compétences techniques et du pouvoir décisionnel en matière de politique. Les ONDS seraient aujourd'hui particulièrement vulnérables au retrait soudain de l'aide fédérale.

Si les subventions étaient réduites, les sports qui offrent actuellement de grandes possibilités sur le plan commercial ou qui jouissent d'un niveau de participation élevé connaîtraient quelques difficultés, mais survivraient avec des moyens plus limités. Les sports olympiques qui ont peu de valeur commerciale, peu de membres, ou peu de moyens d'obtenir une aide de leurs filiales provinciales, connaîtraient de graves difficultés, comme d'ailleurs les athlètes qui n'ont pas encore atteint un haut niveau. Les progrès dans le domaine de l'entraînement et de la médecine sportive connaîtraient un ralentissement marqué.

Pour le secteur privé, le financement du sport amateur n'est pas prioritaire. Les sociétés n'éprouvent pas le besoin d'investir dans les programmes de sports nationaux, étant donné que le gouvernement accroît son aide financière dans ce domaine. De plus, il y a actuellement de sérieux obstacles à la participation des sociétés, obstacles qui tiennent aussi bien à la faible valeur concurrentielle de

telles mesures par rapport aux stratégies plus classiques de publicité et de promotion, qu'aux compétences réduites des ONDS en matière de commercialisation.

Il est difficile de justifier l'appartenance de Sport Canada à SBSC. Il s'agit en effet d'un programme qui n'est pas particulièrement axé sur les questions de "santé". On pourrait envisager de rattacher Sport Canada au portefeuille ministériel qui représente le mieux l'orientation politique du programme, par exemple, la culture, le commerce international, le tourisme, etc.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- Réduire graduellement le programme sur une période de 10 à 15 ans afin de donner le temps au système de perfectionnement des athlètes de haut niveau de s'assurer une viabilité suffisante, tant sur le plan organisationnel que financier, pour pouvoir fonctionner de manière relativement indépendante du gouvernement.

- Avant le début du prochain cycle quadriennal, étudier la question du lien que l'on établit entre le classement des athlètes et le niveau de financement autorisé pour Sport Canada.

- Poursuivre les projets actuels du gouvernement fédéral et encourager vivement les ONDS à déployer des efforts afin d'obtenir le soutien des sociétés et des participants pour les activités des milieux du sport amateur à l'échelon national.

- Abroger la Loi sur la santé et le sport amateur.

- Étudier la possibilité de rattacher Sport Canada à un autre organisme que Santé et Bien-être social Canada.

SPORTS - RELATIONS INTERNATIONALES
(Ministère des Affaires extérieures)

OBJECTIF

C'est la section des sports de la Direction générale des affaires culturelles et de l'information du ministère des Affaires extérieures qui s'occupe des relations sportives internationales. Cette direction générale a pour objectif d'élaborer des politiques et des programmes destinés à mieux faire connaître le Canada, son identité, sa culture et ses talents, afin d'appuyer ainsi sa politique étrangère et ses objectifs commerciaux, de favoriser la création de marchés pour l'industrie culturelle canadienne et de donner aux artistes (et athlètes) canadiens l'occasion d'être connus dans les pays importants.

Plus précisément, la Section des sports fournit actuellement :

- des conseils et de l'information afin de faciliter les activités des équipes canadiennes outre-mer ou l'organisation de manifestations sportives internationales au Canada;
- une aide lors de la négociation des accords d'échanges sportifs;
- de l'information sur la politique extérieure du Canada lorsque celle-ci a une incidence sur les milieux sportifs (ou que ceux-ci peuvent l'affecter);
- des conseils en matière de protocole.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les organismes canadiens directeurs de sport, grâce à une aide destinée à faciliter leurs activités et à des subventions occasionnelles.

Sport Canada, en ce qui concerne les ententes sportives signées avec d'autres pays et la politique internationale en matière de sport.

DOCUMENTS HABILITANTS

La Direction de la politique culturelle des Affaires extérieures a été créée en 1974 par une décision du Cabinet

(n° 388-74R.D.). Selon la description qu'en donne ce document, cette direction est chargée d'exporter la culture canadienne à l'étranger. Une partie de ce document est consacrée aux sports, mais ce n'est qu'en 1979 que la Section des sports a été créée, à la suite des problèmes de relations internationales soulevés par les séries de matchs de Hockey Canada.

RESSOURCES (milliers $ et A.-P.)

	Réel 82/83	Réel 83/84	Réel 84/85	Budget principal 85/86	Niveaux de réf. 86/87
Traitements	50,000	53,000	55,200	58,000	58,000
F&E	11,148	70,290*	4,154	10,000	10,000
Immobilisations	--	--	--	--	--
Subventions et contributions	17,057	24,375	109,878**	100,000	100,000
TOTAL	**78,205**	**147,665**	**169,232**	**168,000**	**168,000**
Années-personnes	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3

Source : Direction générale des finances et de la gestion, Affaires extérieures

* Comprend une rubrique exceptionnelle pour les dépenses concernant une exposition aux Jeux olympiques d'hiver de 1984 en Yougoslavie.

** Comprend plus de 100,000 $ de contributions pour envoyer l'équipe de soccer canadienne faire une tournée en Afrique et pour aider l'Association canadienne de badminton à participer à des compétitions dans le Sud-Est asiatique.

DESCRIPTION

La Section des sports fournit des conseils en matière politique et une aide concrète aux groupes sportifs pour leurs activités à l'étranger. C'est elle qui défend les intérêts du sport canadien au sein des Affaires extérieures. Elle coordonne la promotion des intérêts culturels canadiens à l'étranger par le truchement du sport

et en coopération avec Sport Canada, et elle aide ce dernier organisme à élaborer une politique sportive sur le plan international. Plus précisément :

- Sport Canada a utilisé les services de la Section des sports des Affaires extérieures pour négocier des ententes d'échanges sportifs entre le Canada et l'URSS, l'Allemagne de l'Est et la Corée;

- les ambassades canadiennes ont apporté leur aide aux groupes sportifs à l'étranger;

- la section a fourni de l'aide lorsque le Canada s'est porté candidat pour l'organisation de jeux importants comme les Jeux olympiques d'hiver de 1988;

- les Canadiens qui sont choisis pour faire partie de commissions ou de comités internationaux reliés au sport, ou qui en font déjà partie, reçoivent des conseils sur les questions de protocole;

- une aide financière est fournie à certains projets sportifs de pays en voie de développement;

- les athlètes très connus font de la promotion commerciale à l'étranger, par exemple, l'équipe nationale de ski en Europe.

ÉVALUATION

Le programme n'a pas fait l'objet d'une évaluation officielle.

OBSERVATIONS

Sport Canada estime que la Section des sports aux Affaires extérieures est utile, mais qu'elle a été sous-utilisée.

L'utilisation du sport par le Canada comme complément à diverses activités internationales (par exemple, les expositions commerciales, le tourisme, etc.) mériterait un examen plus approfondi étant donné que la plupart des activités actuelles semblent revêtir un caractère ponctuel et n'avoir aucun lien direct avec les politiques appliquées.

L'utilisation croissante du sport à des fins politiques par d'autres nations montre combien il importe que les Affaires extérieures réévaluent leur rôle dans ce domaine.

La Section des sports devrait entretenir des liens plus structurés avec Sport Canada.

OPTIONS

Si l'on décide que le sport peut constituer un prolongement de la politique étrangère et permet vraiment d'avoir accès à d'autres aspects des échanges internationaux tels que le commerce, le tourisme et la culture, le programme de la section des sports devrait se voir accorder plus d'importance.

Statu quo. Cela signiferait que ce secteur n'est pas prioritaire.

Supprimer le programme tout en reconnaissant que Sport Canada et les engagements internationaux du ministre d'État à la Condition physique et au Sport amateur continueraient à nécessiter l'intervention des Affaires extérieures.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de demander à Sport Canada et aux Affaires extérieures de procéder à une évaluation approfondie du rôle du sport dans le domaine de la politique étrangère. Cette étude devrait déboucher sur une proposition réaliste qui déterminerait l'orientation future des relations internationales dans le domaine du sport.

MESURES FISCALES

APERÇU

PROGRAMMES

Déduction des frais médicaux
Achats des hôpitaux
Appareils médicaux

OBSERVATIONS

Ces mesures fiscales visent à réduire les dépenses des particuliers, des sociétés ou des administrations publiques bénéficiaires.

Les mesures fiscales appliquées dans le domaine de la santé se justifient par le fait que les articles de santé, comme les aliments, sont considérés comme des produits de première nécessité et ne doivent pas être taxés (notion d'équité sociale).

Pour évaluer une mesure fiscale, il faut déterminer si elle atteint l'objectif visé, si elle est appliquée de manière efficace et si elle continue d'avoir sa raison d'être.

La déduction des frais médicaux paraît atteindre le but visé en réduisant le coût des dépenses médicales des personnes nécessiteuses, et en particulier des victimes d'un handicap physique ou mental, des personnes âgées et des personnes obligées de garder le lit.

L'exonération de la taxe fédérale de vente dont bénéficient les appareils médicaux profite, en bout de ligne, aux personnes handicapées ou nécessiteuses; elle est accordée aux fabricants de produits tels que les aides auditives, les verres correcteurs et les prothèses.

Le Groupe d'étude estime que les évaluations périodiques du programme auxquelles se livre le ministère des Finances sont satisfaisantes; le ministère tient à jour la liste des appareils exonérés en radiant les produits qui ne sont plus justifiés médicalement et en y ajoutant les nouveaux appareils nécessaires.

L'exonération de taxe accordée sur tous les produits achetés par les hôpitaux a pour but de réduire le coût des soins hospitaliers.

L'examen de ce programme a permis au Groupe d'étude de constater que la définition d'un hôpital (dans quelles conditions un centre de santé peut-il être assimilé à un hôpital?) et la tenue à jour de la liste des établissements hospitaliers faisaient problème.

Le Groupe d'étude est donc d'avis que le programme est plus complexe qu'il n'est nécessaire pour atteindre les objectifs visés.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage les mesures suivantes :

- maintenir la déduction des frais médicaux;
- maintenir l'exonération des appareils médicaux;
- éliminer l'exonération de taxe dont bénéficient les établissements de santé et verser aux provinces les taxes perçues sous forme de transfert global.

DÉDUCTION DES FRAIS MÉDICAUX
(Ministère des Finances)

OBJECTIF

Réduire les frais médicaux des consommateurs.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

Les particuliers dont les frais médicaux admissibles dépassent 3 % du revenu net.

Les particuliers qui sont atteints de cécité, qui doivent garder le lit ou se déplacer en fauteuil roulant pour cause de maladie, de lésion ou de handicap.

DOCUMENT HABILITANT

La Loi de l'impôt sur le revenu.

RESSOURCES

La mise en oeuvre de cette mesure ne fait pas appel à des ressources particulières.

Selon les estimations du ministère des Finances, voici quel est le manque à gagner du trésor fédéral en raison de la déduction des frais médicaux :

	1979	1980	1981	1982	1983
Manque à gagner (millions $)	32	38	43	57	65

On ne dispose d'aucune estimation pour les années 1984 et suivantes.

Source : Compte du coût des mesures fiscales sélectives, août 1985, ministère des Finances.

DESCRIPTION

Les particuliers dont les frais médicaux dépassent 3 % du revenu net peuvent demander la déduction de l'excédent, lorsqu'ils remplissent leur déclaration d'impôt.

En 1982 (dernière année pour laquelle on dispose de données), 2.2 % des 15 millions de Canadiens qui ont produit une déclaration d'impôt ont demandé une déduction à ce titre**.

La déduction moyenne réclamée pour 1982 s'élevait à 1,030.32 $ (dernier chiffre disponible)**.

Les particuliers ayant réclamé la déduction ont obtenu un avantage de 170 $ à 200 $ en moyenne en 1982**.

ÉVALUATION

Aucune évaluation n'est disponible.

OBSERVATIONS

Le programme semble atteindre l'objectif visé, soit la réduction des frais médicaux admissibles des particuliers (frais non assurés dans le cadre des régimes universels d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation).

Une réduction ou une élimination de cette mesure donnerait l'impression que :

- le gouvernement fédéral retire un avantage aux aveugles, aux autres handicapés et aux personnes âgées; et

- que les gouvernements provinciaux pourraient devoir assumer des frais supuplémentaires pour compenser ces réductions.

OPTIONS

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement maintienne le statu quo, étant donné les avantages que cette mesure procure aux personnes victimes d'un handicap physique ou mental ainsi qu'aux personnes âgées, et l'intérêt financier minime que présenterait pour le gouvernement fédéral un rajustement des allégements fiscaux offerts.

** Source : Division des services statistiques, Revenu Canada - Impôt

ACHATS DES HÔPITAUX
(Ministère des Finances)

OBJECTIF

Réduire le coût des services hospitaliers.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

- Les hôpitaux
- les provinces
- les citoyens canadiens.

DOCUMENT HABILITANT

La Loi sur la taxe d'accise.

RESSOURCES

Les ressources employées par SBSC pour dresser la liste des hôpitaux agréés représentent environ 0.3 année-personne.

	1979	1980	1981	1982	1983
Manque à gagner (million $)	40	55	70	85	95

Source : Compte du coût des mesures fiscales sélectives, août 1985, ministère des Finances.

DESCRIPTION

Les hôpitaux doivent obtenir de SBSC un certificat d'exonération. Lorsqu'ils achètent des biens ou des services, ils sont exonérés de la taxe fédérale de vente, sur présentation du certificat.

En 1985, environ 1,300 hôpitaux détenaient un certificat d'exonération.

Les vérificateurs de Revenu Canada surveillent l'application du programme lors de leurs vérifications sur le terrain.

ÉVALUATION

Aucune évaluation officielle n'est disponible.

OBSERVATIONS

Le programme a été institué en 1948, à une époque où nombre d'hôpitaux étaient des organismes de charité. Tous les hôpitaux sont maintenant financés par des fonds publics.

Le programme a été institué à une époque où l'hôpital était le principal lieu de prestation des services de santé en établissement; la définition rigide d'un établissement hospitalier n'a pas été modifiée, bien que le mode de prestation des services de santé ait évolué.

En raison de la rigidité de la définition d'un hôpital, les provinces ont souvent du mal à obtenir un certificat d'exonération pour certains services ou centres qui, d'après elles, jouent le même rôle qu'un hôpital, lorsque :

- le service ou centre ne porte pas le nom d'hôpital;
- l'hôpital a été intégré à une structure de gestion couvrant plusieurs établissements;
- les services fournis par l'hôpital ont été réaménagés sous une autre forme, par exemple, celle d'un

  "hôpital extra-muros";
  service de soins à domicile;
  centre de soins communautaires.

Le personnel de SBSC a du mal à déterminer le statut des établissements et à tenir à jour la liste des hôpitaux agréés.

Une activité analogue, l'agrément des maisons de repos, est mise en oeuvre par une autre division de SBSC. Environ 4,400 de ces maisons de repos ont droit à une réduction de taxe.

OPTIONS

- Éliminer l'exonération de la taxe fédérale de vente dont bénéficient actuellement tous les établissements de santé et reverser aux provinces les taxes perçues sous forme de transfert global (les hôpitaux

paieraient la taxe et le gouvernement fédéral transférerait une somme équivalente à la province). Cette option permettrait d'éliminer une tâche administrative, la détermination du statut des établissements aux fins de l'exonération. Elle simplifierait également les transferts intergouvernementaux.

- Fusionner les mécanismes d'agrément des hôpitaux et des maisons de repos aux fins de l'exonération de la taxe de vente. Cette solution permettrait d'uniformiser les dispositions applicables aux deux catégories d'établissements et peut-être de réduire les frais généraux.

- Élargir l'exonération de la taxe fédérale de vente aux établissements de santé qui n'en ont pas bénéficié jusqu'ici. Les diverses catégories d'établissements se trouveraient placées sur un pied d'égalité, situation plus conforme à l'esprit de la loi. Cette option aurait pour inconvénient d'accroître le manque à gagner.

- Statu quo.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage d'éliminer l'exemption de taxe fédérale de vente dont bénéficient actuellement tous les établissements de santé, d'établir la valeur totale des taxes perçues et de verser une somme équivalente aux provinces à titre de transfert global.

APPAREILS MÉDICAUX
(Ministère des Finances)

OBJECTIF

Réduire le coût des instruments et appareils médicaux pour les particuliers.

BÉNÉFICIAIRES OU RÉSULTATS

- Les particuliers
- les provinces

DOCUMENT HABILITANT

La loi sur la taxe d'accise.

RESSOURCES

Les dernières estimations disponibles du manque à gagner entraîné par cette mesure sont les suivantes :

	1979	1980	1981	1982	1983
Manque à gagner (millions $)	6	8	9	10	11

Source : Compte du coût des mesures fiscales sélectives, août 1985, ministère des Finances.

DESCRIPTION

Certains appareils et articles bien précis utilisés dans le domaine de la santé sont exonérés de la taxe. L'exonération s'applique au niveau des fabricants.

ÉVALUATION

Aucune évaluation officielle n'est disponible.

OBSERVATIONS

L'exonération se justifie par le fait que les articles de santé, comme les aliments, sont considérés comme des produits de première nécessité et ne doivent donc pas être taxés (notion d'équité sociale).

Le ministère des Finances modifie, selon les besoins, la liste des appareils médicaux exonérés. À l'occasion, il supprime de la liste les articles qui ne sont plus utilisés (insignes d'anciens combattants, 1966).

Le ministère des Finances suit en permanence l'application du programme et étudie les modifications à apporter pour que l'exonération soit appliquée conformément à l'esprit de cette mesure, de sorte que seuls les appareils nécessaires à des fins médicales soient exonérés.

Le Parlement a été saisi d'un projet de modification qui supprimerait l'exonération sur les instruments médicaux et chirurgicaux achetés par les médecins et les dentistes.

OPTIONS

Maintenir le statu quo; le nombre et la nature des appareils exonérés seraient réexaminés régulièrement et les articles seraient supprimés ou ajoutés à la liste selon les besoins. C'est ce que fait actuellement le ministère des Finances. Celui-ci inscrit de nouveaux appareils sur la liste lorsqu'il juge valables les raisons invoquées à cet égard par les fabricants ou les particuliers, et raye des appareils de la liste lorsqu'il estime que ceux-ci ne correspondent plus à l'esprit de la loi et ne sont plus visés par cette dernière.

Supprimer l'exonération. L'opinion publique considérerait que le gouvernement fédéral veut obliger les malades et les handicapés à payer plus cher des produits qui leur sont médicalement nécessaires.

Le Groupe d'étude recommande au Groupe de travail que le gouvernement envisage de maintenir le statu quo.

CONSULTATIONS

YUKON

Jim Davie - Deputy Minister, Health
Alan Davidson - Director, Health Services
John Ferbey - Director, Policy, Planning and Evaluation (Health)
Marc Tremblay - Financial Services

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

P. Moody - Deputy Minister, Health and Social Services
M. Pontus - Assistant Deputy Minister, Health

COLOMBIE-BRITANNIQUE

C.B. Henderson - Assistant Deputy Minister, Health, Institutional Services
Don Hyndman - Assistant Deputy Minister (Finance)
Barry Kelsey - Assistant Deputy Minister, Provincial Secretariat Government Services
Chris Lovelace - Assistant Deputy Minister, Health, Management Operations
C.A. Buckley - Executive Director, Ministry of Health
Colin Campbell - Director, Recreation and Sports
Tony Casey - Director, Ministry of Health, Preventive Services Fitness Branch, Health Promotion Division
Rod Munroe - Executive Director, Financial Services (Health)
Paul Pallan - Executive Director, Policy, Planning and Legislation (Health)

ALBERTA

George Beck - Sous-ministre adjoint, Finance and Administration (HSM)
Lynne Duncan - Sous-ministre adjoint, Conseil du Trésor
Julian Nowicki - Sous-ministre adjoint, Loisirs et Parcs
Derek Beckley - Directeur, Direction des programmes provinciaux (HSM)
Larry Charach - Services sociaux et Santé communautaire
C. Charles - Gestionnaire, Élaboration des politiques (HSM)
M. Cheung - Directeur, Direction de la statistique et de l'économique sanitaires (HSM)

Margaret Duke - Agent de recherche (HSM)
Dwight J. Ganske - Direction des services sportifset de loisirs provinciaux, ministère des Loisirs et des parcs de l'Alberta
Vivian Lai - Directeur, Direction de la recherche et de la planification stratégique (HSM)
Arissa Lennie - AFI
Glen Benedict - Agent de recherche, AFI
Peter Blaikie - AFI
Paul Whittaker - AFI
Jeff Miller - Affaires autochtones
Wayne Page - Division du développement des loisirs, ministère des Loisirs et Parcs de l'Alberta
Blair Richardson - Services sociaux et Santé communautaire
Grant Robertson - Conseil du Trésor

SASKATCHEWAN

W. Podiluk - Deputy Minister, Health
D. Bailey - Assistant Deputy Minister (Health)
G. Loewen - Associate Deputy Minister (Health)
D. Phillipon - Assistant Deputy Minister (Health)
D. Adams - Director, Saskatchewan Region, Medical Services Branch, Health and Welfare
D. Koepke - Administrative Coordinator (Health)
D. Thompson - Director, Research and Planning
H. Walker - Finance

MANITOBA

Laurent Desjardins - Ministre de la Santé
T.R. Edwards - Sous-ministre, Santé
D.F. MacLean - Sous-ministre adjoint, Santé, Division de la santé communautaire
Ken Brown - CSSM
F. DeCock - Directeur adjoint, Commission des services de santé du Manitoba
L. Drew - Santé
Jim Elridge - FPR
Pat Gannon - Finances
Sid Glenysk - Coordonnateur, Section du conditionnement physique, gouvernement du Manitoba
B. Havens - Santé
G.W. McCaffrey - Directeur adjoint, Commission des services de santé du Manitoba

Nick Poushinsky - Conseil exécutif
R.W. Siemans - Directeur, Division des établissements de santé urbains et des services d'ambulance (CSSM)
Don Stone - Directeur, Sports, Gouvernement du Manitoba
K. Thompson - Directeur, Division des programmes de soins de longue durée (CSSM)

ONTARIO

Allen Dyer - Sous-ministre de la Santé
David Corder - Sous-ministre adjoint, Santé mentale, ministère de la Santé
Darwin Kealey - Sous-ministre adjoint, Santé publique, ministère de la Santé
Ron LeNeveu - Sous-ministre adjoint, Administration et Assurance-maladie, ministère de la Santé
Dennis Psutka - Sous-ministre adjoint, Services de soins d'urgence, ministère de la Santé
Randy Reid - Sous-ministre adjoint, Services des soins en établissement, ministère de la Santé
Bruce Buchanan - Directeur, Direction de l'exploitation (Santé)
Dave Bogart - Directeur, Direction des ressources fiscales (Santé)
Joe Halstead - Ministère du Tourisme et des Loisirs
Betsy Heatley - Développement du leadership, ministère du Tourisme et des Loisirs
Lisanne Lacroix - Affaires intergouvernementales
Eugene LeBlanc - Directeur, Analyse des politiques(Santé)
Ann Ritchie - Affaires intergouvernementales
Art Salmon - Coordonnateur, ministère du Tourisme et des loisirs
Louise Steele - Conseiller principal, ministère du Trésor et de l'Économie
Boyd Suttie - Chef, Direction de la promotion de l'hygiène (Santé)

QUÉBEC

Pierre LeFrançois - Sous-ministre, Affaires sociales
Jacques LaMonde - Sous-ministre adjoint, Affaires sociales
Yvan Asselin - Conseiller-médecin
Denis Fugère - Conseiller

Michel Lameline - Affaires intergouvernementales
Pierre Paul Veillieux - Conseiller
Paul Vécés - Conseil exécutif - Affaires intergouvernementales
Guy Desrosiers - Ministère des Loisirs

NOUVEAU-BRUNSWICK

C. Morris - Sous-ministre de la Santé et des Services communautaires
W. Allwood - Sous-ministre adjoint, Services en établissement, ministère de la Santé et des Services communautaires
J. Carter - Sous-ministre adjoint, Planification et Évaluation, ministère de la Santé et des Services communautaires
J. Wolstenholme - Sous-ministre adjoint, Services de santé communautaires, ministère de la Santé et des Services communautaires
R. Gamble - Directeur exécutif, Division de l'Administration, Services de santé
Suzanne Mason - Directeur, Direction du Sport, ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine
Jim Morell - Directeur exécutif, Direction des services de loisirs, ministère du Tourisme, des Loisirs et du Patrimoine

NOUVELLE-ÉCOSSE

Harris Miller - Deputy Minister, Health
Jack Hare - Executive Director, Nova Scotia Health Services & Insurance Commission
David McNamara - Director, Sport & Community Services, Dept. of Culture, Recreation & Fitness

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Keith Wornell - Deputy Minister, Health
David Boswell - Director, Youth, Fitness & Recreation
Pat Charlton - Health Education Coordinator, Division of Nursing, (Health)
Jane Cushing - P.E. Consultant, Health Curriculum, Dept. of Education
Ella B. MacLeod - Director, Division of Nursing, (Health)
Brendan McGinn - Executive Director, Health Insurance Plan (Health)

John Palmer - Economist, ESFA, Finance
Dennis Stang - Director, ESFA, Finance
Rob Thomson - Director, Policy and Planning (Health)

TERRE-NEUVE

A.M. Hearn - Deputy Minister, Health
D. Howell - Assistant Deputy Minister, Health
Jim Inder - Assistant Deputy Minister, Parks, Recreation & Wildlife
D. Keats - Assistant Deputy Minister, Health
R. Williams - Associate Deputy Minister, Health
J. Abbott - Intergov't Affairs
L. Callanan - Finance
Robert Hillier - Director, Community Recreation, Sports and Fitness Division
Jamie Martin - Senior Analyst, Intergovernmental Affairs Secretariat, Executive Council
B. Parsons - Secretary to the Deputy Minister (Health)
E. Power - Finance
G. White - Director, Health Policy (Health)

ASSOCIATIONS

ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU CANADA

Jean-Claude Martin - Président
Daniel LeTouzé - Vice-président, Bureau de recherche-développement

L'ASSOCIATION CANADIENNE D'HYGIÈNE PUBLIQUE

Gerry Dafoe - Directeur exécutif

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

W. Freamo - Directeur général
John S. Bennett - Directeur des affaires professionnelles
Doug Geekie - Directeur des relations publiques
Alexandra Harrison - Coordonnatrice
Orville Adams - Directeur des affaires économiques

ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET DES INFIRMIERS DU CANADA

Ginette Rodger - Directrice générale

L'ASSOCIATION PHARMACEUTIQUE CANADIENNE

M. Leroy Fevang - Directeur général

CENTRE NATIONAL DU SPORT ET DE LA RÉCRÉATION (CNSR)

Hugh Glynn - Président, CNSR
Diane Palmason - Directeur exécutif, Association canadienne d'aviron amateur
Cheryl Hassen - Directrice des programmes

AUTRES ORGANISMES

W.A. Backley - Partner, Woods, Gordon Ltd.
P. Bois - Conseil de recherches médicales
Bob Evans - Professor of Economics, University of British Columbia
Gordon Ferguson - Directeur exécutif, Programme de l'hôpital extra-mural, Nouveau-Brunswick
Russ Kisby - Président, PARTICIPaction
Norm Gledhill - Director, Graduate Study, York University
C.B. Hazlett - Chairman, Department of Health Services Administration and Community Health, University of Alberta, Edmonton (Alberta)
M. Sandy Kerr - Conseiller en conditionnement physique, Ottawa
John A. Carmichael - Professor, Dept. of Obstetrics Gynecology, Queen's University
P. Leatt - Professor, Depatment of Health Administration, Faculty of medicine, University of Toronto
Lionel MacLeod - Executive Director, Alberta Heritage Trust Fund for Medical Research
R.E. Modrow - Director, Program in Health Services, Planning and Administration, University of British Columbia, Vancouver (C.-B.)
W.R. Morford - Director, Physical Education, University of British Columbia
Don Newton - Faculty of Physical Education, University of Calgary
Denis J. Protti - Professor & Director, Health Information Science, University of Victoria, Victoria (C.-B.)

Greg Stoddard - Associate Professor of Epidemiology, McMaster University
Richk Van Loon - Professeur, Gestion des services de santé, Université d'Ottawa
M. Watanabe - Dean of Medicine, University of Calgary